



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica

**Avaliação da Dor no Doente Ventilado Não
Comunicativo nas UCIs**

Ana Paula Sequeira Pereira

2012

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização **Em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica**

Avaliação da Dor no Doente Ventilado Não Comunicativo nas UCIs

Ana Paula Sequeira Pereira

Relatório de Estágio Orientado por:
Professora Cândida Durão

2012



Utiliza tudo
o que está ao teu alcance
para te enriqueceres,
para aprenderes algo de novo,
para cresceres.

Não importa se a situação
é injusta ou errada;
procura sempre extrair
algo de bom de cada situação.

Lisa Engelhardt

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Cândida Durão pela partilha do saber e contribuição para a realização deste documento.

Aos docentes que lecionaram o Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, pelos saberes transmitidos ao longo dos semestres que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Aos enfermeiros que me acompanharam nos locais de estágio, pela disponibilidade demonstrada e por partilharem as suas vivências.

Aos meus amigos pela amizade, disponibilidade, colaboração e pelo apoio, incentivo nos momentos de desânimo e paciência que tiveram para comigo, ao longo do Curso.

À minha família pelo incentivo e apoio demonstrado.

Resumo

Avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo

O desenvolvimento de competências no cuidar à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, teve como finalidade procurar proporcionar cuidados de enfermagem de maior qualidade, contribuindo para o bem-estar do doente, e para a melhoria dos cuidados, não esquecendo a essência do valor do cuidar que pode ser entendido como um conjunto de ações no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer.

Perante o doente crítico não podemos esquecer a multiplicidade dos atos médicos, que é própria da UCI, os cuidados de enfermagem são altamente qualificados, prestados de forma contínua como resposta às necessidades afetadas. O doente fica rodeado de um aparato tecnológico, é submetido a intervenções invasivas que induzem sofrimento deixando-o em situação de particular vulnerabilidade, a dor pode não ser considerada uma prioridade, sendo facilmente esquecida.

O uso de uma escala de avaliação da dor, permite obter a intensidade da mesma, no entanto, para que haja uma boa continuidade de cuidados é necessário registar o que é feito e os resultados obtidos. A elaboração de um instrumento de recolha de dados relativos ao registo sistemático da avaliação e da gestão da dor proporcionou-me informação com base em dados concretos, permitindo-me concluir que a nível dos registos existia falta de visibilidade dos cuidados de enfermagem nas intervenções efetuadas e a necessidade de agir em intervenções de incentivo à utilização das escalas de avaliação da dor, bem como na importância de documentar a gestão da mesma e os resultados obtidos. O modo como os enfermeiros valorizam a dor e fazem a sua avaliação, como a integram na prática diária e como a registam tornando visível a evolução da sua intensidade e monitorização das respostas às medidas desenvolvidas é importante para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chaves – Doente Crítico; Desenvolvimento de Competências; Gestão da Dor

Abstract

Pain assessment on non-communicative ventilated patients

The development of competencies in the care of a person living complex processes of a critic illness, had as an objective of searching to provide better quality nursing care, contributing to the welfare of the patient and for the development of the care, not forgetting the essence of the value of care which can be define as a group of actions that supports, maintains and improves the human condition in the process of life or dead.

In the presence of a critic patient, the numerous clinical acts, so common in the ITU, can not be overlooked. The nursing interventions are highly qualified and provided in a continuous manner in response to the altered necessity.

The patient is surrounded by a technologic display, submitted to invasive procedures, which cause suffering, leaving him in a vulnerable situation, pain may not be consider a priority, being easily forgotten.

The use of a pain scale, allows the determination of the intensity of pain itself, nevertheless, in order to have a good continuous care, it's necessary to register what has been done and the results obtained. The development of a data collection tool of evaluation and management of pain, provide me information, trough accurate data, that allowed me to conclude that, in terms of the registers, there was lack of visible nursing care in the interventions undertaken and the necessity to act upon incentive actions towards the use of pain scales, also the importance of document the pain management and the results obtained.

The way in which nurses value the pain and its evaluation, how they include pain in their daily interventions, and how they document it, making visible the evolution of its intensity and monitor the responses of the measures taken are important in the improvement of the quality of care.

Key-words – Critic Patient; Development of Competencies; Pain Management.

SIGLAS

ARDS – *Acute Respiratory Distress Syndrome*

BPS – *Behavioural Pain Scale*

CI – Cuidados Intensivos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

ESCID – Escala de Comportamentos indicadores de Dor

GAD – Grupo de Avaliação da Dor

IASP – *International Association for the Study of Pain*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNAD – Plano Nacional de Avaliação da Dor

PNCD – Programa Nacional de Controlo da Dor

PNLCD – Plano Nacional de Luta Contra a Dor

SARA – Síndrome de Angústia Respiratória Aguda

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VI – Ventilação Invasiva

VM – Ventilação Mecânica

VNI – Ventilação não invasiva

NVPS – *No Verbal Pain Scale*

RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*

ÍNDICE

	Introdução	1
1	– A prática de enfermagem e a gestão da dor em UCI	6
1.1	– A dor no doente crítico	8
1.2	– A avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo	11
2	– Percurso de realizado	15
2.1	– Percurso e plano de trabalho	17
3	– Procedimentos de estágio	20
3.1	– Aquisição de competências em estágio	21
3.1.1	– Competências gerais	22
3.1.2	– Abordagem da dor no doente ventilado não comunicativo	29
3.1.3	– Resultados Obtidos	35
4	– Considerações Finais	39
5	– Referências bibliográficas	44
6	– Glossário	49
7	– Anexos	52
	Anexo I – Escalas de avaliação da dor analógicas	53
	Anexo II – Certificado de Presença: Reunião nacional de enfermeiros de cuidados intensivos “Avaliação da dor em UCI’s	56
	Anexo III – Escalas de avaliação da dor, BPS e ESCID	58
	Anexo IV – Certificado de participação: Plano nacional de avaliação da dor	62
	Anexo V – Escala de sedação RASS	64
	Anexo VI – Escalas de avaliação da dor NVPS	66
	Anexo VII – Grelhas de atividades e Cronogramas	68

Anexo VIII – Certificado de presença: Simpósio de enfermagem - ventilação não-invasiva	78
Anexo IX – Certificado de presença: Enfermagem de informação e financiamento em saúde: CIPE e experiências de utilização efetiva	82
Anexo X – Ação de formação: Avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo	85
Anexo XI – Apreciações do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências	107
Anexo XI I – Certificado de presença: 19ª Jornadas da unidade da dor do HGH	110

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 – Grelha de colheita de dados

33

INDÍCE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Distribuição dos resultados quanto a dias de avaliação da escala da dor	35
Gráfico 2	– Distribuição dos resultados quanto a dias de registos em notas de enfermagem	36
Gráfico 3	– Distribuição dos resultados quanto a intervenções mencionadas nas notas de enfermagem	37

INTRODUÇÃO

Este documento é parte integrante da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 3º semestre, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica. Dando continuidade ao Projeto de Estágio, apresentado e aprovado no 2º Semestre do Curso, este relatório visa transmitir de forma crítica e reflexiva o percurso efetuado, com o fim de desenvolver competências especializadas na área do doente crítico, com especial foco na abordagem da avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo.

Sendo a dor um sintoma subjetivo experimentado por todos os seres humanos ao longo da vida, a subjetividade aumenta quando a avaliação não é feita pelo próprio mas sim pelos profissionais de saúde, o que constitui uma realidade no dia-a-dia do exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, prestados de forma contínua como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua de dados, com o objetivo de prever, detetar e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). A tecnologia de suporte é essencial para manter as funções vitais até que a etiologia que precipitou a situação possa ser revertida, no entanto o doente fica rodeado de diverso aparato tecnológico, é submetido a intervenções invasivas e dolorosas que muitas vezes induzem sofrimento e solidão deixando-o em situação de particular vulnerabilidade.

O enfermeiro tem um compromisso moral na proteção e valorização da dignidade humana, pelo que o processo dos cuidados holísticos é essencial. O olhar do cuidado transpessoal, da teoria de Jean Watson, sustenta-se nas crenças e valores da vida humana e privilegia o enfoque humanístico, atendendo o indivíduo biopsicossocial, espiritual e sociocultural, o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a atingir o mais alto grau de harmonia (Watson, 2002).

Nas UCIs a deteção e controlo da dor através da verbalização da pessoa é muitas vezes difícil devido não só à situação de doença, como também, pelos procedimentos terapêuticos instituídos, pelo que os profissionais se baseiam em indicadores fisiológicos e de comportamento. Se bem que as respostas fisiológicas como o aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca, aumento da sudorese ou palidez possam ser indicadores de dor, assim como a agitação motora ou agressividade não são valorizados da mesma maneira por todos os profissionais (Roenn, Paice, & Preodor, 2009). O modo como valorizam a dor, como fazem a sua avaliação e como a registam é importante para a prática de cuidados de enfermagem de qualidade. O doente crítico é particularmente vulnerável à dor pelas condições clínicas e intervenções terapêuticas a que é sujeito no decurso do internamento. “A dificuldade na medição da dor no doente crítico constitui um obstáculo ao seu adequado tratamento” (Ferreira, Oliveira, Roque, & Baltazar, 2008, p. 24).

Partindo da premissa que a prestação de Cuidados de Enfermagem às pessoas – e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados (OE, 2008, p.7).

Dado o exposto é, portanto, necessário que o enfermeiro saiba detetar a manifestação de dor e utilize instrumentos de avaliação para poder ajudar o doente através de uma adequada utilização de medicamentos analgésicos, medidas de conforto tais como: a massagem, um correto posicionamento, o toque com o intuito de tranquilizar o doente ou uma comunicação adequada no sentido de facilitar a orientação no tempo e espaço.

(...) De acordo com as situações as acções de enfermagem podem englobar diversas técnicas que podem ser desenvolvidas de forma directa ou indirecta através de: (...) criação de ambiente calmo, criação de uma sensação de conforto geral, mudanças de posição, (...) alteração da condução do estímulo, (...) estabelecimento de uma boa comunicação - empatia (...). O enfermeiro deve exercer o seu papel no controlo da dor, tem responsabilidade na avaliação, intervenção e monitorização dos resultados dos tratamentos, na comunicação das informações sobre a dor

do paciente, como membro da equipa de saúde (Rigotti & Ferreira, 2005, pp. 52-54).

O controlo da dor é hoje reconhecido como: “(...) um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (...). O sucesso da terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes” (OE, 2008,p.9).

Um estudo sobre a avaliação da dor no doente crítico inconsciente/sedado (Young, Siffleet, Nikoletti, & Shaw, 2006), evidencia que a dor nestes doentes é sub-estimada e sub-tratada, dado a gravidade dos doentes pode não ser considerada uma prioridade, sendo facilmente esquecida.

Reconhecendo a relevância desta situação, também em Portugal, foram tomadas diversas medidas, emitidas pela Direção Geral de Saúde (DGS) através de Circular Normativa, entre elas o Plano Nacional de Controlo da Dor (PNCD), que menciona o controlo eficaz da dor como um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes, devendo ser dada particular atenção aos doentes com impossibilidade de comunicação verbal. Refere ainda, que o controlo eficaz da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados e decisivo para a humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008). A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) reconheceu a importância da avaliação da intensidade da dor, de medidas terapêuticas optimizadoras no seu alívio e de padronização destes aspetos nas UCIs, bem como a falta de modelos de avaliação e de terapêuticas, o que desencadeou uma iniciativa de implementação de um Plano Nacional de Avaliação da Dor na UCI – PNAD (Maia, 2010).

Estando a exercer a minha atividade profissional há mais de vinte anos numa UCI, a perícia desenvolvida ao longo destes anos permitiu-me a interpretação de situações clínicas e o aperfeiçoamento de respostas. O conhecimento prático adquire-se com o tempo como resultado de muitas horas de trabalho e observação direta do doente. As situações são percebidas, de forma intuitiva, como um todo e não em termos de aspetos isolados, desenvolve-se uma capacidade de analisar os contextos e acontecimentos (Benner, 2001). A prática dos cuidados de enfermagem pressupõe a aquisição de conhecimentos e aptidões, o desenvolvimento de competências tende a ser uma constante. Dada a importância da avaliação da dor e a dificuldade em fazê-lo em doentes não comunicativos levou-me a procurar aprofundar

conhecimentos nesta área. A constatação de que o controlo algico dos doentes nem sempre é eficaz, a avaliação da dor nem sempre é realizada e que os registos de enfermagem são pouco elucidativos sobre as características da dor, intervenções desenvolvidas para o seu controlo e os resultados obtidos, influenciou a escolha deste tema.

Detetar a tempo a presença da dor e avaliar a sua intensidade é essencial à instituição de medidas de controlo adequadas. Um doente sem dor ou com um controlo adequado da mesma, tolera melhor a ventilação, colabora mais na prestação dos cuidados, contribuindo, assim, para uma redução do tempo de internamento evitando sequelas resultantes de longos períodos de ventilação.

A proposição inicial do meu percurso foi partilhar as dificuldades encontradas, pelos enfermeiros, na avaliação da dor através da utilização de escalas, recolher as suas opiniões e adquirir competências em estratégias apropriadas de resposta à dor através de aquisição da experiência em contextos de cuidados a doentes críticos. As estratégias delineadas passam pela análise do que era feito e como era feito; observação e participação no processo de gestão da dor nos locais de estágio, nomeadamente intervenções autónomas implementadas pelos enfermeiros para o alívio da dor bem como intervenções interdependentes.

Com a elaboração do meu projeto de estágio, pretendi aprofundar conhecimentos na área dos cuidados ao doente crítico, entre eles cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, aprofundar conhecimentos na área da avaliação da dor, gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional, a fim de adquirir competências, indo também de encontro às competências do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, emanadas pela OE (2010), com a finalidade de melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos Doentes Críticos, não Comunicativos submetidos a Ventilação Mecânica (VM).

Tendo por base o Guia Orientador do Curso e o desenvolvimento de competências no doente crítico os objetivos traçados foram: Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto de UCI; Refletir sobre as perspetivas de intervenção do enfermeiro perito (especializado) em

enfermagem à pessoa em situação crítica, particularmente no que diz respeito à gestão da dor.

Este relatório desenvolve-se em três partes. A primeira é constituída pela revisão da literatura que valida a visão global do problema em análise: a avaliação da dor no doente crítico, nomeadamente a avaliação da intensidade da dor, como a enfermagem a integra no cuidado ao doente e como a regista. A segunda parte integra o relatado do percurso desenvolvido ao longo dos estágios com o fim de desenvolver competências na área do doente crítico e por fim o último capítulo é composto pelas considerações finais.

1 – A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E A GESTÃO DA DOR EM UCI

O entendimento do doente enquanto pessoa, nas suas múltiplas dimensões, determina o processo dos cuidados holísticos. A teoria sobre o Cuidado Transpessoal de Jean Watson desenvolve um novo paradigma em cuidados de saúde, visto como um ideal moral e a essência da enfermagem, sendo a característica fundamental melhorar e preservar a dignidade humana. Está relacionado com a interação entre seres humanos, permitindo o encontro entre quem cuida e é cuidado, centrando-se no conceito de cuidar (Watson, 2002). O cuidado, objetivo da prática de enfermagem desenvolve-se no encontro com o outro, sendo reconhecido como uma necessidade nos momentos críticos da existência da vida humana. Watson define cuidar como “(...) o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade” (Watson, 2002, p. 55).

As UCIs são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde [MS] & Direção de Serviços e Planeamento [DSP], 2003, p.6). São doentes em estado crítico, instáveis e que cujas condições de saúde não variam dia-a-dia mas sim minuto-a-minuto. Caracterizam-se pela presença de problemas de vida ou de morte, reais ou potenciais e pela necessidade de intervenção contínua para evitar complicações e melhorar a saúde.

Os Cuidados Intensivos são prestados em serviços ou departamentos especializados e dá-se importância à continuidade dos cuidados (...) os doentes dos cuidados intensivos são os que estão em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existentes ou potenciais (Urden, Stacy, & Lough, 2008, pp. 3,4).

Atualmente os cuidados intensivos são prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde. O desenvolvimento de novas tecnologias e intervenções médicas resultaram num reconhecimento crescente de que a enfermagem é importante na monitorização e observação do doente crítico.

O ambiente em cuidados intensivos, determinado pela alta tecnologia, é facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida (...) Coloca-se um grande empenho nas perícias técnicas, na competência profissional e na resposta a situações críticas (...). Manter o cuidar nos cuidados de enfermagem é um dos maiores desafios a enfrentar” (Urden et al., 2008, p. 6).

Na área dos cuidados intensivos, os problemas fisiológicos ameaçam a vida dos doentes, as limitações de tempo e a necessidade de prestar cuidados prioritários dirigem as intervenções dos enfermeiros para ações de manutenção de vida. Nas situações de emergência o saber fazer sobrepõe-se ao saber racional, as atividades de natureza técnica sobrepõem-se às de competência relacional. “No reinado da tecnologia, a dor humana e os dilemas são facilmente reduzidos a problemas a resolver” (Benner, 2001, p. 75).

O estabelecimento da relação de ajuda por vezes é complicado, porque “salvar vidas” muitas vezes sobrepõe-se à pessoa/família. São doentes em estado muito crítico, a prioridade é manter a vida, preservá-la e que as sequelas sejam mínimas, por outras palavras a prioridade é o corpo. A multiplicidade dos atos médicos, que é própria de uma UCI, transforma a prática diária de enfermagem em atos de curar e não de cuidar. A evolução tecnológica permite o tratamento de situações críticas, mas por outro lado, parece contribuir para o esquecimento das necessidades globais do ser humano (Urden et al., 2008).

No entanto, há um número significativo de intervenções que são realizadas diariamente: observa-se, faz-se o diagnóstico da situação, gere-se o trabalho a realizar, faz-se o plano de cuidados mentalmente, sempre que nos aproximamos do doente comunica-se, toca-se, dá-se apoio e orientação. Uma relação empática é fundamental para com estes doentes, com o fim de identificar e de compreender bem o conteúdo das suas mensagens. Quantas dúvidas, quantos medos, quanta sensação de vazio, nos são transmitidas. O doente não deve ser confundido com a doença, tem de ser olhado como um todo não esquecendo todo o sofrimento que lhe está associado “ (...) Tratar uma doença não consiste no mesmo processo que ajudar um doente (...) não pode haver homogeneidade nem uniformidade de atenção e de atitude para com a doença e para com o doente (...)” (Hesbeen, 2000, p. 12).

Os cuidados de enfermagem são compostos de múltiplas ações, os enfermeiros têm sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de ajudar, de contribuir para o bem - estar, para a serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas. Apesar do tempo despendido nas técnicas, há uma imensidão de “pequenas coisas” que são sinónimo da atenção que se dá ao doente e família.

São “pequenas coisas” que constituem os cuidados e que revelam a preocupação dos profissionais com o outro, não são observáveis, mensuráveis ou complicadas quando se enquadram verdadeiramente na complexidade da abordagem do ser humano (Hesbeen, 2000).

A atuação do enfermeiro não passa apenas pelas técnicas, envolve pessoas, não só a que está doente mas também as que a acompanham. O apoio à família e o seu envolvimento no tratamento do doente é importante, por vezes basta a presença dos familiares para se verificar uma diminuição da ansiedade do doente podendo mesmo ser excluída a existência de dor.

1.1 – A DOR NO DOENTE CRÍTICO

Considerando que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010,p.1) e a SPCI considera doente crítico como aquele em que “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos [OM] & SPCI, 2008, p.9), são doentes em que pequenas alterações podem induzir a grande instabilidade e consequentemente deterioração clínica devido à sua adaptação e reserva fisiológica, para alterações súbitas, ser praticamente nula correndo o risco de apresentar falência múltipla de órgãos (OM & SPCI, 2008).

No doente em estado crítico os diagnósticos de admissão são múltiplos, geralmente estão dependentes de VM, com sedação e analgesia em perfusão o que induz a

lacunas na avaliação da dor. Apresentam patologias diversas, tendo em comum a insuficiência respiratória e o serem dependentes nas suas atividades de vida diária.

São vastos os fatores, que interferem na percepção de dor e na sua avaliação, e incluem:

Alteração do estado de consciência; Alteração da comunicação; Presença de um dispositivo para ventilação artificial, tubo endotraqueal ou traqueostomia; Patologia preexistente; Dor pós-operatória; Procedimentos invasivos; Ciclo dor/ansiedade; Privação do sono; Imobilização prolongada; Múltiplas intervenções de enfermagem; Idade; Género; Cultura; Experiências de dores anteriores (Silva & Lage, 2010, pp. 125,126).

O tipo de dor mais frequente no doente crítico é principalmente aguda e tem múltiplas origens, as suas componentes são fisiológicas, sensoriais, afetivas, cognitivas e comportamentais. Advém de uma lesão tecidular, habitualmente de início súbito e de curta duração, deve desaparecer durante o período esperado de recuperação do organismo à ocorrência que a está a causar, pode ser interpretada como um sinal de alerta (Roenn et al., 2009, p.10). Avaliar a dor é difícil e os indicadores não são valorizados da mesma maneira por todos os profissionais.

Um estudo sobre a existência de associação entre a avaliação da dor e a duração do internamento na UCI (Payen, 2009), evidencia que a VM em doentes críticos é uma experiência stressante, tal como o medo, a privação do sono a incapacidade de falar, o sentimento de isolamento e solidão, a dor, a tensão física e psicológica e interferem na qualidade de vida, mesmo após a alta. O estudo concluiu que os doentes com avaliação da intensidade da dor necessitaram de menos sedação, consequentemente menos dias de VM e que apesar de ser difícil a avaliação da dor em doentes não comunicativos em UCI é uma abordagem que deve ser promovida, juntamente com medidas de sedação para evitar o uso inadequado de medicamentos “Therefore, pain assessment in nonverbal ICU patients, although difficult, must be promoted together with sedation measurements in a multimodal approach, to avoid inappropriate use of hypnotic to treat or mask pain” (Payen, Bosson, Chanques, Mantz, & Labarere, 2009, p. 1315). O doente sem dor ou com um controlo adequado sobre a mesma tolera melhor a ventilação, colabora mais na

prestação dos cuidados, o que pode proporcionar redução do tempo de internamento na unidade e evita sequelas resultantes de longos períodos de ventilação.

Pain assessment in mechanically ventilated patients is independently associated with a reduction in the duration of ventilator support and of duration of ICU stay. This might be related to higher concomitant rates of sedation assessments and a restricted use of hypnotic drugs when pain is assessed (Payen et al., 2009, p.1308).

Com uma correta sedo-analgesia, o doente apresenta uma diminuição das complicações pulmonares (atelectasias, pneumonias, extubações acidentais), cardíacas (enfarte agudo do miocárdio, síndrome coronário agudo em doentes com antecedentes coronários) e diminuição da agitação e delírio relacionada com diversos fatores: a própria patologia, dor, depressão, alteração do ciclo circadiano, encefalopatia, febre, sépsis, falência renal e reações adversas a fármacos (Rigg, et al., 2002). A sedação e analgesia são uma parte fundamental no tratamento dos doentes críticos. Os objetivos destas duas intervenções são “(...) Proporcionar aos doentes um nível óptimo de comodidade com segurança, reduzindo a ansiedade e a desorientação, facilitando o sono e controlando adequadamente a dor, contribuindo para uma unidade de cuidados intensivos sem dor” (Celis-Rogriguez, et al., 2007, p. 428).

Um estudo sobre a avaliação da escala da dor em doentes não comunicativos em CI (Kabes, Graves, & Norris, 2009), evidencia que a efetuação de uma nova prática requer envolvimento pessoal, motivação e formação. Salienta o interesse de existirem grupos dinamizadores de avaliação da dor no doente não comunicativo, que sustentem esta prática até estar interiorizada como um cuidado fundamental. Revela que para uma prestação de cuidados de qualidade é essencial avaliar a intensidade da dor dos doentes e é importante saber diferenciar a dor entre doentes que são capazes de fazer uma auto avaliação dos que não o conseguem fazer

O enfermeiro, por ser o profissional de saúde que mais próximo e mais tempo está com o doente, encontra-se numa posição privilegiada na abordagem da dor fazendo parte das suas funções uma rigorosa observação de alterações comportamentais e fisiológicas, avaliar e registar a intensidade da dor, administrar terapêutica

analgésica prescrita, evitar demoras entre a avaliação o tratamento e a reavaliação, monitorizar os resultados e transmitir à restante equipa e proporcionar estratégias não farmacológicas adaptadas às características particulares do doente. (Silva & Lage, 2010).

No tratamento da dor, nem sempre é necessário a administração de terapêutica analgésica, há que saber identificar o tipo ou o que lhe está associado. Um posicionamento incorreto ou manter o doente na mesma posição leva a desconforto que pode manifestar-se por dor. As medidas não farmacológicas são tão importantes como as analgésicas e essas são da responsabilidade dos enfermeiros. Na prestação dos cuidados de enfermagem existem dois tipos de intervenções: “ (...) autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são da exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro” (OE, 2008, p. 15).

Compete ao enfermeiro intervir adequadamente no alívio da dor, fazendo uma avaliação rigorosa e fidedigna. É necessário sensibilizar os profissionais de saúde para a importância desta avaliação com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

1.2 – A AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE VENTILADO NÃO COMUNICATIVO

A tentativa de aumentar conhecimentos na área da fisiopatologia e terapia da dor, tem sido preocupação e investimento dos profissionais de saúde. Lopes (2007, p. 12) refere que “(...) pesquisa bibliográfica na Medline demonstrou que nos últimos anos foram publicados mais de 110.000 artigos sobre dor, o que representa mais de 40 novos artigos por cada dia de trabalho (...)”. A OE (2008, p. 11) refere que, “O interesse da comunidade científica por esta área é crescente, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento, que colocam novos desafios à prática de cuidados”.

Atualmente o conceito de dor mais consensual é o da *International Association for the Study of Pain* (IASP), principal fórum profissional para a ciência, prática e educação no campo da dor, e define-a como uma experiência desagradável, associada a dano tecidual presente ou potencial ou descrita em termos de tal dano,

“An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage” (IASP, 2011). Esta definição não faz alusão às dimensões cognitivas, afetivo-emocionais ou ecossociais.

Na terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o termo dor é descrito como:

Percepção Comprometida: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (OE, 2011, p.50).

A DGS refere que a avaliação e registo da intensidade da Dor

(...) Tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de forma a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente. (...)” e considera (...) como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde: O registo sistemático da intensidade da Dor; a utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas Internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (...), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”; a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor (DGS, 2003, p.1).

Recomenda estas escalas, como ferramentas a utilizar em doentes conscientes com capacidade de verbalizar e de transmitir o grau da sua dor, (anexo I).

Em 2001, a DGS, através de Despacho Ministerial, emite o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), desenvolvido pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. O seu conteúdo refere um modelo organizacional a desenvolver nos serviços de saúde e orientações técnicas que promovam boas práticas de cuidados na abordagem da dor, faz referência a técnicas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas no seu controlo. Em 2008 o PNLCD é inserido no Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD) por Circular Normativa da DGS, na qual é referido que:

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (...) o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais (...) (DGS, 2008, p.5).

Com a instituição da Dor como 5º sinal vital pela DGS (2003) e a dificuldade em adaptar as escalas recomendadas ao doente crítico não comunicativo levou os profissionais de saúde das UCIs a organizarem grupos de trabalho com o fim de adotarem uma escala de avaliação da intensidade da dor no doente ventilado.

No meu local de trabalho essa necessidade também foi sentida, pelo que foi organizado um grupo que se dispôs a pesquisar e apresentar uma escala que abrange-se o doente ventilado não comunicativo, do qual fiz parte. Após pesquisa bibliográfica foi escolhida a Escala de Campebell, (Pardo, Muñoz, & Chamorro, 2006). A razão desta escolha assentou no facto de o artigo referir ser uma escala concebida não só para avaliar a presença de dor mas para quantificar a sua intensidade. São avaliados cinco itens, valorizando os gestos faciais do doente, o tónus muscular, a adaptação ao ventilador, tal como a BPS, mas também a tranquilidade que se refere à avaliação de gestos que indicam estado de tranquilidade ou não do doente e a confortabilidade, o grau de conforto do doente, e em caso de desconforto, a reação do doente ao se tentar tranquilizá-lo mediante a voz e/ou toque. A pontuação oscila entre um e dez, sendo equiparável às escalas utilizadas em doentes conscientes. Referiam, ainda, a necessidade de validar a escala por o seu uso não ser generalizado.

O objetivo da SPCI, com a implementação do PNAD, foi de obter consenso sobre a melhor escala para avaliação da dor em UCIs Portuguesas, a ser recomendada “à Ordem dos Enfermeiros e à Ordem dos Médicos para ser designada como escala a adoptar preferencialmente pelas UCIs Portuguesas” (Maia, 2010, p. 9).

Em 2010, realizou-se em Viseu uma Reunião Nacional de Enfermeiros de Cuidados Intensivos - “Avaliação da Dor em UCI’s”, organizada pela SPCI, (anexo II). Reuniu 17 UCIs de todo o País onde já havia alguma escala implementada ou decorriam estudos para implementação. Após a apresentação de todas as UCIs presentes verificou-se ausência de uniformização de ferramentas de avaliação da intensidade

da dor no doente crítico. Foi constituído um Grupo de Avaliação da Dor (GAD), com o propósito de indicar um instrumento de avaliação da dor a ser implementado nas UCIs. As escalas incluídas no estudo foram a *Behavioural Pain Scale* (BPS) e a Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID), (anexo III). A recolha de dados decorreu de Março a Setembro de 2011, (anexo IV), em todas as UCIs do país. No mesmo ano os resultados foram apresentados numa reunião de Medicina Intensiva e Transplantação realizada em Coimbra (4 e 5 de Novembro), onde se concluiu que a escala a adotar e a ser apresentada à OE seria a BPS.

A BPS é uma escala que visa avaliar essencialmente a resposta comportamental à dor, baseia-se na pontuação total de três critérios: a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador, a soma destes três itens varia entre uma pontuação mínima de 3 a uma pontuação máxima de 12.

A ESCID tem origem na *Pain Assessment Behavior Scale*, escala unidimensional elaborada por M. Campbell pela necessidade de avaliar a intensidade da dor em doentes incapazes de fazer auto-avaliação devido à gravidade da sua doença ou por disfunção cognitiva. Contempla indicadores comportamentais sugestivos de presença de dor, tendo como itens a serem avaliados a Musculatura facial; Tranquilidade; Tónus muscular; Vocalização e Conforto. A pontuação oscila entre 0= sem dor a 10= dor severa incontroável (Campbell, 2005). O item vocalização foi substituído por adaptação à ventilação mecânica, passando a designar-se Escala de Campbell Modificada. Posteriormente, para validar a construção desta escala, passou a denominar-se de ESCID - Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (GAD, 2011).

2– PERCURSO REALIZADO

A aquisição de competências é um percurso feito ao longo da vida profissional, onde a experiência constitui o alicerce predominante nesta evolução. “A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (Benner, 2001, p.61).

Ao longo do meu exercício profissional em UCI fui sentindo a dificuldade em avaliar a intensidade da dor em doentes ventilados não comunicativos, não só por estarem sob sedação e analgesia em perfusão contínua, mas também por não ser fácil “atribuir um número” de uma escala a estes doentes. Há sempre a dúvida se a reação do doente é por dor, se está mal sedado, se é devido à patologia de base ou mesmo a comportamentos aditivos prévios, entre outras causas possíveis.

Na UCI, onde exerço a minha atividade profissional, a intensidade da dor é avaliada pela escala BPS. O procedimento de avaliação é relativamente consensual mas os registos não espelham as medidas realizadas, as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos. A BPS contempla os movimentos dos membros e a adaptação ao ventilador, que poderá ser um ponto pouco significativo se o enfermeiro não tiver em conta o contexto clínico e não ponderar sobre o que poderá estar associado tal como o delírio, o desconforto de uma entubação traqueal, a existência de excesso de secreções ou mesmo o “acordar” do doente. As respostas fisiológicas como: o aumento da pressão arterial, frequência cardíaca ou frequência respiratória, aumento da sudorese ou palidez não são contemplados e quando presentes não são valorizados por todos os profissionais. Diversos estudos fazem referência à utilização das escalas, sendo que para uns os indicadores fisiológicos por si só são pouco fidedignos na avaliação da dor (Pardo et al., 2006), outros concluem confiabilidade em instrumentos que utilizem só um ou ambos os indicadores (Juarez, et al., 2010), e outros demonstram que os indicadores comportamentais tem melhor aceitação por parte da equipa de saúde do que os fisiológicos (Gélinas, Fillion, & Puntillo, 2008). Qualquer escala tem as suas limitações, são um meio de gerir a dor o que implica estar atento a outros sinais que possam ser indicadores de dor.

A experiência adquirida ao longo dos anos permite-me aperceber-me das situações como uma globalidade, na minha opinião e os estudos referidos também o concluem, a avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo não pode limitar-se à atribuição de um valor nos itens de uma escala, é essencial excluir tudo o que possa estar associado às manifestações clínicas que possam ocorrer e é fundamental sensibilizar os profissionais para a importância do registo da intensidade da dor. Uma correta avaliação exige dos profissionais de enfermagem observação e colheita de dados de forma sistematizada.

A difícil missão de avaliar a dor confronta-me no dia-a-dia, sendo uma experiência subjetiva relacionada com fatores fisiológicos, psicológicos, emocionais ou mesmo culturais, não pode ser medida com rigor tal como se faz a medição da temperatura ou da pressão arterial. No entanto a sua avaliação é importante, pois contribui para o bem-estar do doente através da realização de medidas adequadas no alívio da dor, e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No ato de cuidar estabelece-se uma relação de ajuda, não esquecendo que cada doente é único, que se encontra vulnerável e que lhe deve ser proporcionado um tratamento digno e adequado. Benner, subdivide a relação de ajuda em oito competências, entre elas a tomada de “(...) medidas para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor (...) interpretar os diferentes tipos de dor e escolher estratégias apropriadas para as controlar e gerir(...) reconfortar e comunicar pelo toque (...)” (Benner, 2001, pp. 76, 77).

O controlo da dor por meio de estimulação cutânea como a massagem que promove a sensação de bem-estar e consequentemente alívio, ainda não é comum para os enfermeiros. A implementação de medidas não farmacológicas é um desafio, é necessário que a nossa intervenção não se limite à administração de analgésicos.

As enfermeiras peritas estão conscientes do valor da sua presença junto dos doentes. Elas insistem muito na importância do toque e das relações pessoais entre o doente e a enfermeira (...) utilizam muitas vezes o toque para reconfortar e estabelecer um contacto (...). Este tipo de contacto, cheio de calor humano, é muitas vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação (Benner, 2001, pp. 84,88).

Os campos de estágio permitiram partilhar conhecimentos e acrescentar novas formas de saber à minha prática profissional. Para além do desenvolvimento de competências na área do saber- fazer é indispensável o desenvolvimento na área do saber- ser, que vão sendo adquiridas no decurso da vida profissional através de vivências e partilha de saberes e práticas que pretendi adquirir a fim de me enquadrar no 5º estado, definido por Benner, como enfermeira perita na gestão da dor no doente ventilado não comunicativo.

2.1- PERCURSO E PLANO DE TRABALHO

As estratégias traçadas para os locais de estágio tiveram em conta o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado ao doente crítico, e foram as seguintes:

- Conhecer a estrutura física e o funcionamento dos locais de estágio;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente de médio e alto risco, em especial ao doente ventilado não comunicativo com o fim de adquirir competências especializadas na gestão da dor;
- Aprofundar conhecimentos sobre as escalas utilizadas para avaliação da intensidade da dor em doentes ventilados não comunicativos na UCI;
- Aprofundar conhecimentos sobre as diferentes formas de intervenção, farmacológicas e não farmacológicas, utilizadas para a prevenção, controle e tratamento da dor;
- Adquirir competências em estratégias apropriadas de resposta à dor no doente ventilado não comunicativo através de aquisição de experiência.

No início do 2º semestre realço a ida a uma UCI onde é aplicado um protocolo de sedo-analgesia. Pretendia conhecer as escalas e o protocolo utilizado, verificar como era feita a sua aplicação e identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros, com o intuito de desenvolver conhecimentos nesta área, através da partilha da experiência dos profissionais neste campo. Tive oportunidade de verificar as vantagens do protocolo, utilizando simultaneamente as escalas *Richmond*

Agitation Sedation Scale (RASS), (anexo V) e BPS. A sedação e a analgesia vão diminuindo ou aumentando de acordo com os resultados obtidos nas avaliações encontrando-se, assim, um nível ótimo de comodidade para o doente. Observei os passos seguidos na aplicação do protocolo, numa doente com sedação e analgesia em perfusão contínua, o “desmame ventilatório” é feito gradualmente de acordo com o protocolo, em simultâneo é feito o ajustamento da analgesia para um nível de conforto do doente.

A “luta” do doente com o ventilador pode agravar a situação clínica, uma correta analgesia traduz-se na ausência de dor a estímulos agressivos, como por exemplo o tubo traqueal e as manobras de aspiração de secreções. A sedação é indicada como tratamento básico da ansiedade e agitação, o uso apenas de sedação não protege o doente da dor nem das reações adversas sistémicas que esta provoca como a taquicardia e o aumento do consumo de oxigénio, deste modo com a aplicação do protocolo reduz-se as interferências com os cuidados médicos e de enfermagem (Celis-Rogriguez, et al., 2007). A utilização destes instrumentos de avaliação da intensidade da dor e nível de sedação são descritos como essenciais nos cuidados ao doente crítico sedado e analgesiado, por minimizarem o pânico a ansiedade e desconforto associados à VM e manter o doente confortável (Williams, et al., 2008) .

Este estágio de curta duração, possibilitou um contacto direto com este procedimento e ter uma opinião baseada na prática da utilidade destes protocolos.

No 3º semestre, a informação de que uma UCI utilizava uma escala de avaliação da intensidade dor, com base em indicadores comportamentais e fisiológicos, *No Verbal Pain Scale* (NVPS), (anexo VI), levou-me a efetuar o estágio nesse local, que se revelou de interesse. Em simultâneo com as medidas farmacológicas, valorizam-se também as medidas não farmacológicas tais como a massagem e o posicionamento.

A escolha do 2º local de estágio teve por base o facto de estar em fase inicial a implementação de um instrumento de avaliação da intensidade da dor. Pretendi observar as estratégias utilizadas para a adesão dos profissionais e detetar as dificuldades encontradas na sua aplicação.

O último campo de estágio seria no meu próprio local de trabalho com o intuito de transmitir à equipa de enfermagem os conhecimentos adquiridos ao longo dos estágios, a fim de intervir com ações que melhorassem os cuidados de enfermagem, mas que por razões organizacionais não foi possível, tendo assim sido realizado noutra UCI o que me permitiu vivenciar outras práticas de cuidados ao doente crítico que vieram complementar as já adquiridas.

As atividades desenvolvidas passaram por:

- ◆ Reconhecimento dos diversos sectores constituintes das UCIs;
- ◆ Principais atividades desenvolvidas nas mesmas e forma como se complementavam;
- ◆ Identificação dos diferentes grupos profissionais a operar diariamente, critérios de admissão e alta dos doentes e mecanismos de transmissão de informação formal e informal;
- ◆ Acompanhamento e colaboração com o enfermeiro orientador e equipa de enfermagem na abordagem do doente crítico, na gestão de cuidados e execução de técnicas indutoras de dor: mobilizações, ventilação mecânica, aspiração de secreções, cateterismos, colocação de drenagens, execução de exames dolorosos, etc;
- ◆ Participação ativa na avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo, interpretação de parâmetros vitais e alterações de comportamento, avaliação e registo da intensidade da dor através da escala em uso.
- ◆ Identificação da medicação utilizada para prevenção e controlo da dor, medidas não farmacológicas de prevenção e alívio, registo sistemático das medidas utilizadas e resultados das intervenções;
- ◆ Consulta do processo clínico do doente;
- ◆ Colaboração na promoção do alívio da dor, na melhoria dos registos de enfermagem e consequentemente, para a prática desta disciplina, contribuindo para a promoção e aumento da qualidade dos cuidados de saúde (anexo VII).

3 – PROCEDIMENTOS DE ESTÁGIO

Como medida orientadora e facilitadora de aquisição de competências, fui integrada numa das equipas de enfermagem a operar nas UCIs, permitindo o seu acompanhamento por turnos de trabalho, uma melhor integração e identificação com os profissionais e uma melhor perceção das dinâmicas e problemáticas dos serviços.

A integração numa equipa é uma metodologia ativa e participativa, ao ser integrada num grupo de trabalho participei na prestação de cuidados, através de uma articulação de saberes adquiridos com os enfermeiros com que atuei, com o intuito de desenvolver saberes e competências que conduzem a uma melhor prestação de cuidados ao doente de alto risco. “A natureza do exercício profissional dos enfermeiros na actualidade e os caminhos da sua formação ganham sentido, se perspectivados numa lógica de cruzamentos disciplinares de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais” (Alarcão & Rua, 2005, p. 373).

A aquisição de informação junto do Enfermeiro Orientador e membros da equipa, bem como a consulta de relatórios de atividades, normas e procedimentos, processos clínicos e de enfermagem, permitiu-me compreender melhor a dinâmica das UCIs. O reconhecimento da estrutura física e o seu funcionamento foi fundamental para compreender a atividade diária e para uma melhor inserção na equipa. Dado que as práticas de trabalho não são iguais em todas as unidades a adaptação à estrutura física e ao modo de trabalho possibilitou uma melhor inclusão em todo o sistema, desenvolvendo capacidades de trabalho em condições diferentes das que me são habituais. A reflexão individual e conjunta com os enfermeiros orientadores e elementos da equipa, permitiu o desenvolvimento da consciência crítica sobre os cuidados praticados, a sua compreensão e o desenvolvimento de estratégias para o crescimento individual e profissional. A troca de conhecimentos, o contacto com diferentes práticas permitiu-me refletir sobre a minha atuação.

3.1 – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO

O enfermeiro que trabalha numa UCI deve ser capaz de utilizar os seus conhecimentos técnicos na relação com o doente/equipamentos, visto tratar-se de um ambiente de tecnologia sofisticada em que é necessário dominar essa mesma tecnologia para benefício do doente. Uma condição necessária a quem trabalha em UCI é ser polivalente, desenvolver competências e aprofundar conhecimentos. As atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem são compostas por um conjunto de ações que passam pela recolha de informação com a finalidade de conhecer a evolução do doente, prever e detetar precocemente as possíveis complicações permitindo atuar no momento preciso de um modo eficiente assegurando, assim, a assistência prestada ao doente (Urden et al., 2008).

A aquisição de competências é feita ao longo do tempo, através de vivências diárias, num percurso feito de experiências, de projetos, de práticas, de estudos e de atividades. Uma atitude permanente de interrogação das práticas, por parte dos profissionais, é um fator necessário para a produção de saber em enfermagem, que passa pelo confronto e discussão de ideias (Silva & Lage, 2010). A troca de experiências e a reflexão sobre as práticas foram sentidas como mais-valia para o desenvolvimento de competências. A partilha de saberes e práticas e a tentativa em conjunto de encontrar soluções adequadas às situações, enriquece a prática dos cuidados de enfermagem.

A fim de se obter resultados positivos em todo o processo que envolve o atendimento ao doente por parte da equipa de enfermagem é necessário que haja uma prática de trabalho instituída, que agilize e facilite o cumprimento das atividades de forma disciplinada, metódica e similar e proporcione a presença de uma equipa bem treinada e tecnicamente habilitada que possibilita ganho de tempo e melhores resultados para o doente. “A maior parte dos protocolos e directivas têm por objectivo garantir aos doentes que eles serão tratados com toda a segurança por enfermeiras que tenham um mínimo de competências” (Benner, 2001, p. 106). No entanto há que questionar sobre a utilidade e a rotinização dos cuidados, o que implica um trabalho de reflexão em equipa para se obter consensos.

3.1.1 – Competências Gerais

As práticas das UCIs, onde realizei os estágios, não diferem em muito das do meu local de trabalho, no entanto há hábitos e métodos de agir diferentes, que são próprios de cada serviço, adquirem-se com o passar dos anos e transmitem-se aos novos elementos que vão integrando a equipa. São práticas que possibilitam um trabalho ordenado e idêntico por todos os profissionais, onde cada qual sabe o que tem de fazer e como fazê-lo para que a atuação de todos seja homogênea sem perdas de tempo e os melhores resultados para o doente.

A título de exemplo, uma situação com que me deparei, foi a nível da administração de terapêutica. A medicação utilizada é idêntica, mas a sua preparação e modo de ser administrada varia de acordo com as prescrições. A maior visibilidade é no caso da administração de medicamentos diluídos nas perfusões. A diluição da medicação nos soros em curso obriga a que, sempre que a dosagem seja alterada para menos, os soros sejam substituídos e inutilizados, o que permite que a dosagem do medicamento seja rudimentarmente administrada, embora este aspeto não tenha influência a nível da evolução da situação do doente. O facto de a medicação correr em perfusão contínua permite a alteração de ritmos, interrupção temporária ou mesmo a sua suspensão, sempre que necessário, sem desperdícios e sem perda de tempo na preparação, com benefícios para o doente numa medicação administrada com maior rigor. A administração de terapêutica é um gesto diário que se faz de acordo com a prescrição habitual de cada UCI, a diferença na sua preparação proporcionou a discussão desta nova realidade e a reflexão sobre práticas de cuidados instituídas, contribuiu para a partilha de saberes e experiências entre pares. O repensar e adaptar de novos modos de agir passa por um trabalho de equipa para pôr em uso alterações que podem ser benéficas nas práticas diárias proporcionando maior rendimento, homogeneidade ou mesmo evitar desperdícios.

Nesta mesma linha de pensamento, num dos locais de estágio, deparei-me com uma prática simples mas quanto a mim bem-sucedida e de colocar em uso. Passa pelo simples facto de junto com a identificação, quer seja de medicação como de material corrente ou mesmo mais específico, está o preço de cada unidade. É importante que os profissionais tenham noção do preço do que utilizam, deste modo

poderá haver uma tomada de consciência em relação ao custo/benefício da utilização de meios e equipamentos.

Ao longo dos anos fui assistindo, à substituição de técnicas invasivas por outras menos invasivas, menos agressivas, com menos manipulações para o doente e que o expõem a menos riscos. A necessidade de acompanhar novas tecnologias exige procura de informação e aquisição de novas competências. Entre as várias técnicas não invasivas, surge a Ventilação Não Invasiva (VNI), começa a ser uma opção cada vez mais utilizada nas UCIs e muito visível ao longo dos estágios. A VNI, devido às suas vantagens em relação à Ventilação Invasiva (VI), tem sido utilizada como técnica que poderá favorecer os doentes críticos. É um modo de ventilação seguro e eficaz, mais confortável para o doente, podendo ser usada de forma intermitente. Não se lesiona a via aérea com tubo endotraqueal e tem menor risco de infeção nosocomial. O doente mantém a fala, a deglutição e os mecanismos de defesa das vias aéreas, possibilitando a eliminação de secreções de forma fisiológica. Exige menor tempo de internamento, tem menor custo, maior facilidade no desmame, e causa menor mortalidade (Felgueiras, Lohmann, Delerue, & Barata, 2006).

O enfermeiro é considerado um profissional fundamental e tem ao seu alcance uma gama de estratégias e técnicas que contribuem não somente para o aumento da eficácia da VNI, como também para a redução dos fatores de intolerância. A evolução clínica depende de cuidados permanentes e da capacidade de identificar problemas que visem a melhoria dos cuidados de enfermagem. Para uma prestação de cuidados com qualidade, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento dos princípios da ventilação mecânica, noção da importância na abordagem do doente e na escolha de interfaces adequadas e confortáveis e de vigilância de fugas e alterações hemodinâmicas (Silva & Lage, 2010).

No entanto, frequentemente a dificuldade na adaptação do doente à técnica ou a não adaptação das interfaces convenientemente, levam ao insucesso desta prática. A troca de saberes, de experiências e de estratégias podem minimizar estes problemas, pode ajudar a estratégias de atuação que visam um benefício para o doente. A colocação de hidrocolóides nas zonas de maior pressão para evitar a maceração da pele, a aplicação de cremes hidratantes e a promoção de formas

alternativas de comunicação, tal como a escrita, para minimizar a desadaptação ao ventilador foram algumas alternativas que contribuíram para a minha prática.

Para consolidar conhecimentos sobre esta técnica, assisti ao Simpósio de Enfermagem - Ventilação não Invasiva (anexo VIII), que teve como objetivo a reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem ao doente submetido a VNI, com relevo para a importância do papel da equipa de enfermagem na vigilância do doente e na redução das complicações associadas. Foi focada a importância da explicação da técnica ao doente para uma maior aceitação, colaboração e sucesso da mesma, a escolha de interface adequado para um maior conforto, o posicionamento correto, a ajuda ao doente na sincronização com o ventilador e o proceder de uma higiene oral sempre que necessário, como alguns aspetos que podem conduzir a uma melhor tolerância da VNI, o que contribuiu para uma melhor perceção desta problemática. O contacto com interfaces diferentes das que me são habituais, permitiu-me identificar a diversa gama deste equipamento, e como utilizá-lo de maneira adequada. A recolha desta informação permitiu a partilha e a troca de opiniões, com a equipa, sobre a possível eficácia do equipamento.

Há situações que parecem ser comuns em todas as unidades, uma delas é o investimento em doentes em estado muito grave com falência multiorgânica ou com lesões que progressivamente vão sendo incompatíveis com a vida, e emerge a pergunta de sempre: será correto para o doente e para a família continuar a investir? Os comentários que ouvi dos colegas são em tudo idênticos aos que ouço no meu serviço: porquê continuar a investir numa vida sem qualidade?

Estas situações envolvem sempre dilemas éticos e deontológicos muito delicados. O dever de atribuir valor à vida de qualquer pessoa, proteger e defender a vida humana e respeitar a integridade da pessoa (OE, 2009a), abrange os nossos valores, princípios morais, crenças e sentimentos acerca do que consideramos bom ou correto. Compreende o princípio ético da beneficência/ não maleficência que envolve o conceito de fazer o bem ao doente e evitar o mal, o dever de cuidar e defender os direitos do doente, pensando nos benefícios e na promoção da qualidade de vida (Urden et al., 2008). Os profissionais de saúde são confrontados com decisões sobre quais os tratamentos e intervenções que podem ser inúteis, quem decide ou o modo como as decisões são equilibradas de acordo com

benefícios e encargos do tratamento tendo em conta o valor da vida humana, (Jacobs & Taylor, 2005).

Nos cuidados intensivos a capacidade de prognóstico dos médicos é limitada, os desejos do doente são desconhecidos ou ignorados os cuidados são agressivos, a suspensão de terapêutica é uma decisão difícil de tomar, mais se torna pertinente em jovens em que já foi feito muito investimento. Numa era que tanto se fala em qualidade de vida e melhoria dos cuidados será lícito continuar a prolongar sofrimento e vidas vegetativas? O investimento numa vida nunca pode ser considerado demais, mas até que ponto é que o desenvolvimento da medicina e as novas tecnologias podem interferir com o decurso normal do ciclo da vida? São questões éticas muito delicadas e base de debate pelos profissionais, no entanto, apesar de o tratamento muitas vezes parecer fútil os enfermeiros mantêm o mesmo nível de cuidados ao doente numa tentativa de aliviar o sofrimento, dando também apoio aos familiares que vão mantendo a esperança de encontrar o seu familiar melhor, no entanto não é possível ficar indiferente ao facto de ter a sensação de que todo o investimento que se faz ser inútil. “Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências” (Watson, 2002, p. 55).

Os princípios éticos são linhas gerais que governam a conduta, constroem uma base de raciocínio e orientam as ações (Urden et al, 2008). A terapêutica ou tratamento que atinge o seu resultado previsível e os efeitos desejados é por definição eficaz. Mas é necessário distinguir efeito de benefício. Se esse efeito previsível e desejável não resulta em benefício do doente, é apesar de tudo fútil. A futilidade médica pode ser definida como “(...) qualquer esforço para atingir um resultado possível mas que o raciocínio ou a experiência sugerem altamente improvável” (Urden et al, 2008, p.18).

A adaptação a novas tecnologias e ao desenvolvimento de novas terapias são uma constante na enfermagem e requerem novas aprendizagens e aquisição de competências nessas áreas. Ao longo dos estágios deparei-me com técnicas, de que só tinha conhecimento em teoria, entre elas o *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO).

As evoluções tecnológicas, no domínio da circulação extra-corporal e na conceção dos aparelhos de oxigenação e de eliminação de CO₂, tornaram a utilização do ECMO menos complexa e mais segura, contribuíram para a utilização crescente como terapêutica de resgate na Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) ou *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) grave (Roncon, 2010). A emergência de um número acrescido de casos de ARDS grave, condicionando hipoxemia refratária secundária à infeção pelo vírus Influenzae A H1N1, colocou evidência no desenvolvimento desta técnica (Souza & Elias, 2009).

Os enfermeiros são um grupo profissional fundamental na manutenção e vigilância deste tipo de terapêutica. A sua motivação bem como o aperfeiçoamento das suas capacidades técnicas são um componente determinante para o sucesso desta prática. Assumem um papel de relevância, compete-lhes um conjunto de atitudes protocoladas que vão desde o registo de parâmetros vitais e de monitorização, à colheita regular de sangue do sistema e do doente, até ao preenchimento regular de uma *'check-list'* de enfermagem, despiste de complicações mecânicas do circuito, registo de dados relacionados com a técnica tal como o fluxo de bomba de sangue e de oxigénio, controlo visual da unidade de aquecimento e do oxigenador e necessidade de substituí-lo por disfunção.

O contacto com esta técnica possibilitou-me apreender o papel central da enfermagem que se foca na vigilância hemodinâmica para despiste precoce de alterações como a queda da saturação periférica que pode estar relacionada com o mau posicionamento das cânulas, traduz-se na importância de um posicionamento correto e adequado de modo a manter o circuito livre e visível para uma melhor vigilância, detetar possíveis complicações tal como hemorragias, vigiar a temperatura do doente, dado que se trata de uma circulação extra corporal de um considerável volume de sangue. Tendo em conta o calibre das cânulas de cateterização é necessário vigiar possíveis alterações dos membros (força, temperatura e pulsos) bem como sinais de infeção. É uma técnica que requer elementos com experiência, formação e conhecimentos adequados que não são possíveis de adquirir durante um estágio. A pesquisa bibliográfica (Dalton, 2011), realizada para um melhor entendimento da técnica, a observação e o contacto com a mesma, a informação fornecida quer pelos colegas como pela equipa médica e a consulta das normas e protocolos existentes permitiu-me a aquisição de

conhecimentos sumários de uma técnica que só conhecia, através da literatura. “A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61).

O contacto com as tecnologias de informação foi uma mais-valia para o desenvolvimento de competências neste âmbito dado que são um apoio de grande valor na área da saúde. A CIPE pretende ser uma linguagem unificada e simples que gere dados fiáveis e válidos que reflitam o contexto de trabalho o que permite uma comunicação adequada entre profissionais e dados disponíveis em tempo real, facultando maior número de informação para uma adequada tomada de decisão clínica (OE, 2011). O contacto com o sistema Picis que possibilita o registo de parâmetros vitais em tempo real, registo eletrónico de dados clínicos e acesso *on-line* dos mesmos, assim como a consulta de vários tipos de informação clínica sobre o doente, como o acesso à documentação referente a internamentos anteriores, exames laboratoriais e complementares de diagnóstico, administração de terapêutica, dispensando o tradicional *kardex* em papel (Picis Success at the Santa Maria Hospital in Lisbon, 2009), permitiu-me conhecer as vantagens deste sistema na maior rapidez no acesso às informações do processo do doente, redução de duplicação de informação, disponibilização de informação objetiva e detalhada, maior disponibilidade do enfermeiro para o doente, otimizando o fluxo de trabalho dos profissionais, para que possam concentrarem-se na sua principal função: cuidar do doente.

A oportunidade de poder efetuar registos na linguagem CIPE influenciou a minha participação no Encontro de Enfermagem promovido pela OE que decorreu nesta data (anexo IX). A OE define a CIPE como um sistema unificado de linguagem de Enfermagem.

(...) É um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática. A CIPE facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes. Os dados e informação de Enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, previsões

financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas (OE, 2009b, p. 7).

O objetivo do *International Council of Nurses*, (ICN) consiste em que a CIPE “ (...) constitua uma parte integrante da infra-estrutura global de informação, informando a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo” (OE, 2009b, p. 21).

Proporcionou-me consolidar conhecimentos nesta área, se bem que são sistemas que só o seu uso diário permite adquirir prática e aptidões para o executar corretamente.

Os cuidados de saúde estão a sofrer alterações, a eficiência e o custo - eficácia relacionados com os serviços de saúde são muito discutidos e evidentes a todos os profissionais. A flexibilidade e a adaptação à mudança são essenciais para manter o equilíbrio pessoal e organizacional e para sobreviver no ambiente atual dos serviços de saúde (Urden et al., 2008).

A participação ativa em novas técnicas como a ECMO e tecnologias de informação como a CIPE facultou a aquisição de competências nesta área que a pesquisa bibliográfica, por si só, não possibilita. O contacto direto permitiu-me articular a informação teórica com a prática e desenvolver capacidades para atuar. O desenvolvimento de competências gerais na área dos cuidados ao doente crítico, centrou-se na procura de níveis mais elevados de qualidade que promovam a minha satisfação pessoal e do doente. A atitude reflexiva sobre as práticas, as diferentes situações e problemáticas com que os enfermeiros se deparam no seu quotidiano espelha-se na identificação de atitudes e conceitos, na sua reorganização permitindo novos caminhos de ação. A troca de experiências em situações de cuidados foi uma forma de desenvolver competências através da identificação de outros modos de atuar nas mesmas situações.

3.1.2 – Abordagem da dor no doente ventilado não comunicativo

A gestão da dor no doente ventilado não comunicativo passa pela avaliação da intensidade da mesma segundo a escala adotada nas UCIs. A escolha de um campo de estágio que utilizava a escala de avaliação da intensidade da dor NVPS, permitiu-me o contacto com este instrumento podendo assim, comparar as dificuldades no seu uso, com as dificuldades por mim encontradas quando utilizo a BPS no meu local de trabalho. Sendo um instrumento que não conhecia procurei, através da literatura, evidência científica que justificasse a vantagem da sua utilização nos doentes ventilados não comunicativos.

Um estudo sobre a validação de uma escala de dor em doentes de CI não comunicativos (Kabes, 2009), evidencia a NVPS como sendo uma escala potencialmente válida e confiável na avaliação da intensidade da dor em doentes ventilados não comunicativos em UCI. Os instrumentos de avaliação da dor devem ter em conta indicadores comportamentais e fisiológicos o que os torna mais abrangentes, fazendo referência aos doentes com sedação, incapazes de se moverem, mas que podem ter dores, se a avaliação for realizada por uma escala com indicadores comportamentais vão ter uma pontuação que exclui a dor. Refere que a avaliação e gestão da dor são fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade. Outro estudo, compara duas escalas de avaliação da dor, a NVPS e a BPS (Juarez, 2010), este evidencia que ambas são válidas e confiáveis e que a observação dos indicadores podem variar de doente para doente. A avaliação da dor em repouso era divergente da avaliação após mobilizações ou outros atos, do mesmo modo eram divergentes em doentes do foro médico e do foro cirúrgico, a mobilização ou a prestação de cuidados pode desencadear dor. Conclui que a utilização de uma ferramenta de avaliação da intensidade da dor é uma estratégia para melhorar a gestão da mesma nos doentes ventilados não comunicativos. Os estudos são unânimes neste ponto, independentemente da escala utilizada, é necessário utilizar instrumentos de avaliação da dor como uma medida da gestão da dor.

Na colaboração com o enfermeiro orientador na abordagem do doente crítico, na gestão de cuidados e execução de técnicas potencialmente indutoras de dor, tive

oportunidade de interpretar os parâmetros vitais e alterações de comportamento antes e após as intervenções e deste modo evidenciar o que é descrito nos estudos. O facto de a escala ter itens fisiológicos e comportamentais proporciona um olhar mais atento a estas alterações antes, durante e após a realização de práticas de cuidados, facilitando a interpretação da intensidade da dor. O contacto com este instrumento de avaliação veio intensificar a necessidade de considerar as alterações fisiológicas como possíveis indicadores de dor. Na minha prática diária já relevava estes aspetos, no entanto a avaliação da intensidade da dor com este instrumento proporcionou-me uma observação mais atenta para estas alterações no sentido de as interpretar como sinais de dor para uma avaliação com maior rigor.

Apesar de na minha opinião a NVPS ser de fácil utilização, engloba os parâmetros da BPS e complementa-os com os parâmetros vitais. Juarez (2010) faz referência a estudos que defendem que estes parâmetros são pouco válidos porque podem ser influenciados pela patologia do doente, ou por efeitos secundários como a hipertermia ou mesmo como resposta à medicação prescrita.

Na gestão da dor as medidas farmacológicas são muito utilizadas. A identificação da medicação analgésica regularmente prescrita e utilizada para prevenção e controlo da dor permitiu-me alargar conhecimentos nesta área. A utilização de analgesia segundo prescrições diferentes das que me são habituais e analgésicos também pouco utilizados deu-me possibilidade de observar, na prática, a eficiência das drogas na gestão da dor utilizadas nas UCIs onde estagiei. O facto de me deparar com um esquema de analgesia diferente do habitual suscitou a necessidade de procurar, a nível bibliográfico, qual a medicação analgésica e via de utilização recomendada em UCIs, a fim de desenvolver conhecimentos a nível da gestão farmacológica da dor.

A medicação analgésica prescrita, mais comum, é o Paracetamol ou Metamizol endovenoso, na fase inicial do internamento alguns doentes têm prescrito Alfentanil, Fentanil, Remifentanil, Tramadol ou Morfina endovenoso em perfusão contínua, consoante o diagnóstico. Pude constatar que, a nível da literatura, os opiáceos são mais utilizados como analgésicos de primeira linha, recomendam a combinação de não opiáceos com opiáceos a fim de reduzir a administração destes, proporcionando um melhor efeito analgésico pela ação a nível periférico e central dos não opiáceos (Urden et al, 2008).

Um estudo sobre analgesia e sedação em CI (Sakata, 2010), evidencia que a via mais comum de administração das drogas é a via endovenosa em perfusão contínua, pois proporciona níveis constantes do medicamento na corrente sanguínea, mantendo uma analgesia estável e eficaz, mas pode prolongar o despertar do doente por acumulação do fármaco. A administração do tradicional bolus ou SOS está associado a uma ação rápida que permite atuar no alívio da dor atempadamente. A introdução de analgesia com não opiáceos em esquema/bólus ou em simultâneo com opiáceos em perfusão contínua permite ter um doente sem dor e confortável. Outro estudo sobre o tempo de eficácia dos analgésicos na realização de técnicas (Puntillo, 2004), evidencia que o uso de opiáceos ou analgésicos antes de intervenções médicas, desde que usados corretamente, pode reduzir substancialmente a dor.

O controlo da analgesia em contexto de UCI é difícil, o ajuste da medicação é feito de acordo com as necessidades dos doentes, a analgesia pode ser definida como “brusca diminuição de sensibilidade dos estímulos nocivos, ou ausência de sensibilidade de dor” (Silva & Lage, 2010, p. 131). Através da informação colhida na pesquisa bibliográfica e pela observação da ação dos fármacos analgésicos, através da avaliação da intensidade da dor, após a alteração dos ritmos de perfusão ou da administração de bólus, pode concluir que o importante não é qual o medicamento ou a forma de administração mas sim o uso adequado e atempado dos analgésicos.

A administração prévia de analgésicos prescritos antes dos cuidados pode minimizar a dor, no entanto as técnicas utilizadas na prática dos cuidados, tal como um correcto posicionamento com utilização de dispositivos de apoio que facilitam a alternância de decúbitos e protegem as zonas de pressão ou uma pequena massagem podem ser significativas para o seu alívio e proporcionar um adequado relaxamento que produz uma redução do sofrimento associado à dor. A utilização de medidas não farmacológicas como um cuidado na gestão da dor, ainda está pouco interiorizada, os enfermeiros realizam-nas mas não as valorizam nem evidenciam esta vertente. A OE (2010), faz referência à gestão da dor através da identificação de evidências fisiológicas, gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor. Um estudo sobre os efeitos da música nas respostas fisiológicas e o score de sedação em doentes sedados (Dijkstra, Gamel, van der Bijl, Bots, & Kesecioglu, 2010, p. 1030), evidencia que os efeitos dos fármacos sedativos

aumentam quando são colocados auscultadores aos doentes ventilados para ouvirem música porque reduz o ruído de fundo, reduzindo o *stress* e a ansiedade tendo como consequência a diminuição da necessidade de sedativos. Diminuir a percepção ou sensibilidade da dor é exequível de modificação através da música. Os doentes com VM, mesmo sedados, podem beneficiar desta técnica. “Mechanically ventilated ICU patients, even when receiving intravenous sedatives, may experience stress and anxiety. One possible intervention to reduce stress and anxiety is listening to music” (Dijkstra et al, 2010, p.1030).

É possível aplicar diversas técnicas não farmacológicas ao doente crítico e que vão desde o posicionamento à massagem ou à musicoterapia, entre outras. O importante é selecionar a que melhor se adequa ao doente e ao seu nível de intensidade de dor, as técnicas só poderão ser uma mais-valia se o nível de intensidade da dor oscilar entre o ligeiro e moderado (Silva & Lage, 2010).

Se bem que a avaliação da intensidade da dor esteja instituída nos profissionais de enfermagem, a sua gestão seja feita através de administração de medidas farmacológicas e utilizem medidas não farmacológicas a dificuldade em avaliar a intensidade da dor no doente ventilado não comunicativo proporciona lacunas nos registos que não espelham o que é feito. Ao consultar os processos dos doentes deparei-me com uma realidade vivenciada no meu dia-a-dia: a falta de referências ao que foi feito para o alívio da dor e os resultados obtidos. Apesar de encontrar escalas de avaliação da dor e estilos de registos diferentes, o modo como os profissionais fazem referência à dor é idêntico.

Os registos são feitos em folhas específicas e adaptadas a cada UCI ou com recurso à CIPE. Em cada turno são feitos os registos necessários para dar uma boa continuidade aos cuidados. Fazem referência ao estado neurológico do doente, exame físico, ventilação, estabilidade hemodinâmica, perfusões em curso, drenagens e pensos, assim como todas as técnicas específicas que tenham sido realizadas, exames complementares ou intercorrências que interfiram com a evolução do doente. A referência à manifestação de dor nem sempre é quantificada ou descrita. Na generalidade é referida como esgar facial de dor e movimentos dos membros, raramente é mencionada a atuação para atenuar a dor ou os resultados de medidas terapêuticas analgésicas. O posicionamento, massagem e hidratação

são incluídos nos registos mas na vertente de prevenção de úlceras de pressão e não como medida de conforto ou alívio da dor.

Para poder fundamentar este facto procedi à elaboração de uma grelha de colheita de dados (figura. 1), após aprovação da Professora Orientadora e pedido de autorização para o seu uso aos Enfermeiros Chefes das UCIs, dos quais obtive consentimento verbal para consulta dos processos de enfermagem, no período correspondente aos estágios, e colheita dos dados necessários, dispensando um pedido formal por escrito para a utilização da grelha de colheita de dados e uso dos seus resultados.

Figura. 1 – Grelha de colheita de dados

GRELHA DE COLHEITA DE DADOS									
Data	Avaliação da Dor		Prescrição		Registos				
					Referencia reação ao estímulo doloroso/tipo	Sem registo	Medidas tomadas		
	Sim	Não	Sedação	Analgesia			Farmacológicas	Não farmacológicas	Resultados

A finalidade deste instrumento era saber se os enfermeiros procediam ao registo sistemático da avaliação da dor, se registavam as intervenções desenvolvidas para o seu alívio e se registavam os resultados dessas intervenções, com o intuito de documentar se existia falta de visibilidade dos cuidados de enfermagem nas intervenções efetuadas no alívio da dor ou se eram documentados a nível dos registos, porque só através do registo sistemático das intervenções efetuadas é possível dar continuidade aos cuidados de enfermagem e promover uma eficaz gestão da dor, com benefícios para o doente e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A escala de avaliação da dor atribui um número final de intensidade da mesma, observado de acordo com a interpretação do enfermeiro, mas não especifica se a

maior pontuação obtida é referente aos movimentos ou de desadaptação do ventilador se não for descrito nos registos, bem como as estratégias de intervenção desenvolvidas na gestão da dor e os resultados obtidos. A regularidade da avaliação da intensidade da dor é determinada pela resposta à intervenção ou fármaco administrado. Uma medida farmacológica ou não farmacológica instituída, implica sempre uma reavaliação e registo que permita se necessário o reajuste das medidas.

Os registos de enfermagem facilitam a comunicação entre a equipa e desenvolvem uma linguagem comum dando continuidade aos cuidados de enfermagem. Devem ser elaborados de forma sistemática, metódica e por ordem cronológica, permitindo dar visibilidade ao estado atual do doente. Dado que todos os elementos da equipa multidisciplinar têm acesso a estes dados possibilita a permuta de informação e a continuidade de cuidados, individualizando-os, facilitando o planeamento dos mesmos e a sua continuidade (Torres & Reis, 2002).

A OE refere que se deve:

“ (...) Registrar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços, registar sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico, (...) documentar os efeitos da terapêutica analgésica e os seus efeitos colaterais” (OE, 2008, p. 19).

Não podemos esquecer, que é difícil valorizar os registos se não contiverem uma descrição precisa e concisa dos acontecimentos, estes são vistos como prova de competência profissional e têm valor legal (Marinis et al,2010). Portanto faz todo o sentido, que nos preocupemos em expressá-los da melhor forma possível, uma vez que são de primordial importância para a dignificação e desenvolvimento da profissão. Nem sempre o que é referido oralmente, na passagem do turno, fica escrito nem representa o que foi feito ao doente. “Documentation is an important issue for nursing, and a good nursing record is seen as evidence of professional competence. An accurate, complete and process-oriented record has been described as the central basis for quality patient care” (Marinis, et al., 2010, p. 1544)

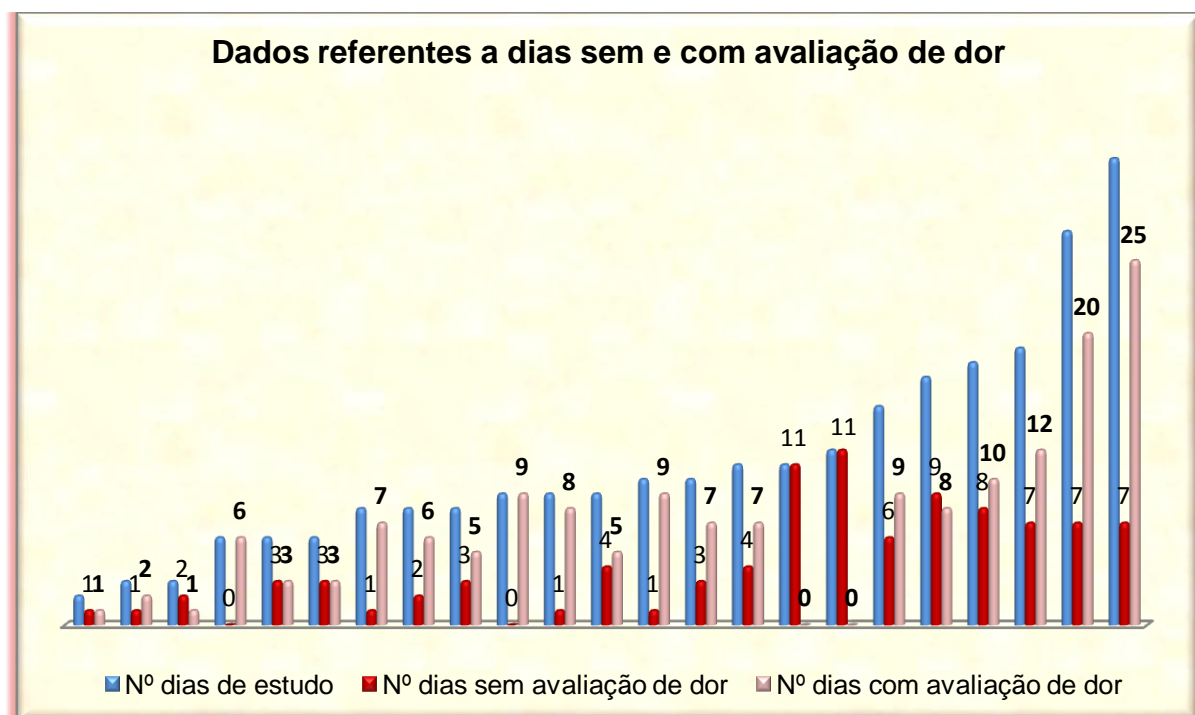
3.1.3 – Resultados Obtidos

Feita uma análise descritiva dos dados que correspondem à sequência dos parâmetros da Grelha de Colheita de Dados, no sentido de uma melhor visualização dos dados em questão a apresentação é feita através de gráficos.

Foram colhidos dados referentes aos registos relativos a 23 doentes sob VI não comunicativos, num total de 258 registos relativos a dias de internamento.

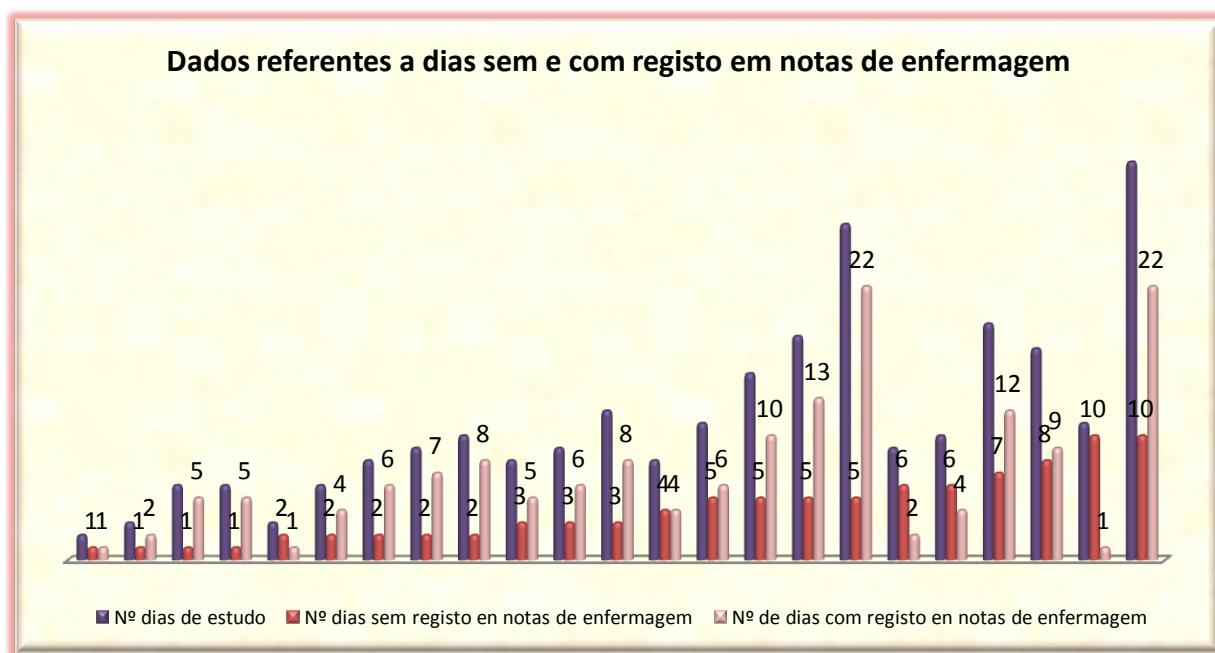
No que respeita à avaliação da intensidade da dor verificou-se uma maior prevalência de dias em que foi efetuado o registo segundo a escala em uso dos que não houve qualquer avaliação (gráfico1). No entanto é necessário referir que em cada vinte e quatro horas existem três turnos de enfermagem, durante a colheita dos dados observei a existência de turnos sem que a avaliação fosse feita e outros onde era feita duas vezes.

Gráfico 1 - Distribuição dos resultados quanto a dias de avaliação da escala da dor



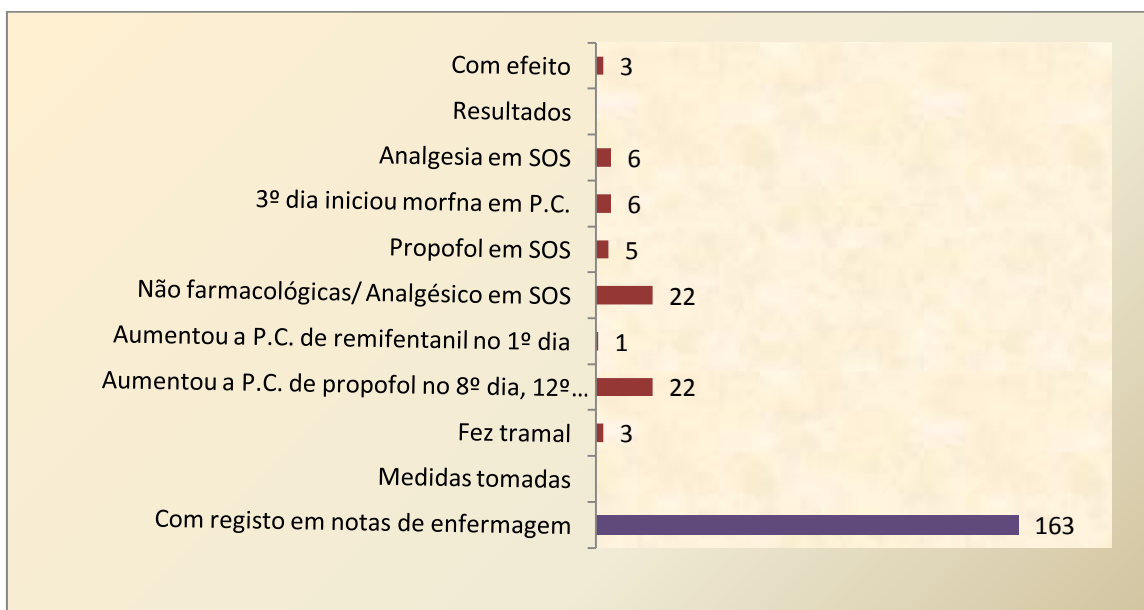
A prevalência de dias em que foi feita referência à dor, não obstante da referência se limitar a “ reage com esgar de dor, movimentos dos membros, agitação motora ou localiza a dor”, também foi predominante (gráfico 2).Igualmente ao que foi referido anteriormente nem em todos os turnos era feita esta referência.

Gráfico 2 - Distribuição dos resultados quanto a dias de registos em notas de enfermagem de referência à existência de dor



No total dos 163 registos, que fazem referência à existência de sinais de dor, no que se refere às intervenções adotadas, quer farmacológicas ou não farmacológicas, em menos de metade há referência a medidas tomadas a nível de alterações terapêuticas ou terapêutica em SOS, estas alterações são feitas de acordo com as prescrições médicas, apenas um número reduzido fazia referência a medidas não farmacológicas, como a massagem e o posicionamento como medida de conforto e alívio da dor, sendo que não há referência em notas dos resultados destas intervenções e apenas num número muito reduzido de registos é descrito que a terapêutica produziu efeito. Em mais de metade dos registos não é feita qualquer referência a intervenções a nível do alívio da dor. (gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos resultados quanto a intervenções mencionadas nas notas de enfermagem



No final dos estágios, ao examinar os dados recolhidos verifiquei que a avaliação da escala da dor passou a ser realizada progressivamente com mais frequência tal como a referência à reação do doente à dor. Talvez o facto de o meu projeto ser a avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo tenha estimulado nos enfermeiros a necessidade de efetuar a avaliação.

A informação recolhida na análise dos dados permite-me, futuramente, agir com base em dados concretos, em intervenções de incentivo à utilização das escalas para avaliar a intensidade da dor, bem como na importância de documentar a gestão da mesma e os resultados obtidos. Para tal, é necessário que os enfermeiros vejam os registos como necessários para uma boa continuidade dos cuidados de enfermagem na gestão da dor. O PNLCD refere que “O uso de registos como rotina, encoraja quem cuida dos doentes a reavaliar continuamente o tratamento da dor e a corrigir, em tempo, as terapias inadequadas” (DGS, 2001, p.32). A atuação a este nível passa pela realização de ações de formação e partilha de informação com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes críticos. O registo da dor é essencial, pois é através deste que a dor se torna visível, que permite avaliar a sua evolução e a resposta às medidas desenvolvidas.

Ao longo de mais de vinte anos em CI fui desenvolvendo competências para poder dar resposta às diversas situações vivenciadas. Na passagem pelos campos de estágio encontrei práticas muito idênticas às minhas, no entanto o facto de sair da minha “rotina” proporcionou-me comparar e fazer uma reflexão crítica das práticas que presenciei e das minhas. O recurso à pesquisa bibliográfica na procura de evidência científica que justificasse as diferenças encontradas, tal como a escala de avaliação da dor mais adequada ao doente ventilado não comunicativo ou medicação analgésica e via de administração mais indicadas em CI, deu-me bases para concluir que os diferentes modos de atuação são válidos desde que o seu uso seja adequado a cada doente e tenha como finalidade a melhoria dos cuidados.

A realização de uma ação de formação, num dos campos de estágio, subordinada ao tema deste relatório teve como finalidade sensibilizar os enfermeiros para a importância da gestão da dor nos doentes ventilados não comunicativos, bem como para alertar quanto à necessidade de efetuar registos rigorosos que permitam a continuidade dos cuidados e como consequência uma adequada gestão da dor (anexo X).

A adaptação a novas práticas não é fácil, implica “parar” para repensar novos modos de agir, o que não é feito no meu dia-a-dia devido à interiorização das práticas do meu contexto de trabalho. A evolução do meu desempenho no desenvolvimento de novos saberes revelou-se positiva, a apreciação do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências, feita no final de cada estágio, valida o desenvolvimento de competências efetuadas bem como ter alcançado os objetivos propostos (anexo XI).

Para uma melhor compreensão da problemática da dor, participei na 19ª Jornadas da Unidade da Dor do HGH, que focou aspetos gerais de medidas de alívio da dor tal como as implicações do uso de plantas medicinais e medicamentos ou as crenças no uso de opiáceos. Se bem que foram temas que não se relacionam com o doente de cuidados intensivos é necessário compreender a abordagem da dor na sua globalidade para poder geri-la em todas as situações (anexo XII).

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação profissional ao longo da vida é essencial para a carreira de enfermagem e deve ser utilizada como um instrumento para o desenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo dos mais de vinte anos em CI fui adquirindo e desenvolvendo competências específicas neste âmbito. A passagem pelos campos de estágio foi o percorrer de um caminho no qual os diversos saberes interpessoais e interprofissionais se cruzaram e foram entendidos como um processo de aprendizagem mútua, permitindo a partilha de saberes e sobretudo potenciando a capacidade de limitações e dificuldades com vista ao desenvolvimento de estratégias para resolução de problemas (Alarcão & Rua, 2005).

A aquisição de competências em áreas em desenvolvimento tal como a ECMO e as tecnologias de informação, com as quais tive os primeiros contactos, permitiu-me adquirir conhecimentos que futuramente perante as mesmas situações me irão permitir atuar com base nos saberes adquiridos e mais facilmente dar resposta a estas áreas. Através do pensamento reflexivo estabelecemos uma relação com os outros, tendo sempre como base as nossas experiências de vida.

Ao refletirmos sobre as nossas atitudes na ação, para a ação, sobre a ação e para lá de ação, ajuda-nos a dar maior importância ao problema por nós identificado. Ao refletirmos as nossas atitudes individualmente ou com a restante equipa, ajuda-nos a identificar problemas da nossa prática e conduz à procura de soluções (Alarcão & Rua, 2005).

A permanência ao longo dos anos em CI torna evidente o meu interesse pelo doente crítico. O fascínio pelas tecnologias e técnicas foi, ao longo dos anos, dando lugar à necessidade de cuidar. São doentes vulneráveis, sem poder manifestar os seus medos ou sofrimento, totalmente dependentes dos profissionais de saúde.

Perante situações de risco de vida esquecemos a pessoa e tratamos a doença que pode levar à morte. O facto de estarem sedados e analgésicos leva a que se executem os cuidados mais centrados nas técnicas, do que nas pessoas. Isto faz com que acabemos por “dispensar” mais tempo aos doentes que estão conscientes

e que, apesar de submetidos a VI conseguem comunicar, acabando por esquecer que o doente sedado e analgesado não comunicativo também sente desconforto pela imobilização prolongada, posicionamento incorreto e que também se apercebe dos ruídos que o rodeiam, sente dor quando submetido a técnicas invasivas ou aos próprios cuidados de enfermagem, especialmente se a terapêutica não estiver adequada às suas necessidades. Se perguntarmos a um doente consciente sob VI se tem dor obtemos uma resposta gestual, escrita ou mesmo pela leitura dos lábios e facilmente podemos atuar através de administração de terapêutica ou alternância de decúbito até o doente atingir o grau de conforto desejado. No doente não comunicativo é necessário observar as suas reações em repouso e durante os cuidados ou técnicas. É necessário valorizá-las, quantificá-las e instituir medidas adequadas no controlo da dor registando o que foi observado e realizado bem como a resposta às medidas tomadas para que haja continuidade de cuidados.

A permanência numa UCI é uma etapa difícil para o doente, onde se associa os desconfortos inerentes aos cuidados tal como o ruído, o *stress*, a dor devido á patologia, às técnicas e à imobilidade. Os cuidados de enfermagem por vezes são agressivos, dolorosos e podem provocar dor no doente que já se encontra debilitado pela patologia de base ou pela própria idade. “A dor provocada pelos cuidados é o resultado de inúmeras pequenas “agressões” do corpo que, isoladamente não produzem uma dor insuportável. Mas a acumulação diária de todas essas sensações desagradáveis pode, se não se estiver atento, provocar uma dor que o doente já não pode suportar” (Metzger et al., 2002, p.197). É necessária uma mudança de atitudes, a avaliação da dor sentida pelo doente com ventilação mecânica pode ser um desafio para os enfermeiros de UCI (Juarez, et al., 2010). Perante um doente crítico, ventilado não comunicativo.

A nossa tentação é querer interpretar a dor do doente e utilizar o nosso ponto de vista que, no fundo, é aquilo que para nós funciona como uma referência, que nos dá segurança perante uma dor que nos escapa e que nos confronta com o fracasso das tentativas que fazemos para a dominar (Metzger et al., 2002, p.159).

A gestão da dor pode ser algo de difícil em situações especiais onde não se tem uma resposta objetiva por parte de quem a sofre. Compete aos enfermeiros a avaliação da intensidade da dor e seguimento das melhores opções a tomar para o

seu alívio, tal como preconizado pela DGS (2003), na promoção da avaliação de dor nas unidades de saúde.

Ao longo dos estágios verifiquei que os profissionais de saúde consideram importante a existência de instrumentos de avaliação da dor no entanto os registos de enfermagem não espelham a avaliação em si, medidas tomadas na gestão da dor ou as intervenções efetuadas. Os registos de enfermagem são um conjunto de informações escritas que permitem a comunicação de factos fundamentais referentes ao doente, são a base de toda a metodologia do trabalho de enfermagem, constituindo a única prova do nosso cuidar (Torres & Reis, 2002). A OE ressalva a importância dos registos em alguns documentos, de acordo com o artigo 83^a alínea d, do Código Deontológico o enfermeiro deve “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”. (OE, 2009a). Nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais está definido que o enfermeiro “comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência”. (OE, 2003). Os Padrões de Qualidade de Enfermagem mencionam a importância de um sistema de registos que deve incorporar as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções e os resultados obtidos (OE, 2001).

A avaliação de uma escala por si só tem pouca utilidade se não forem tomadas medidas na gestão da dor e se não houver uma continuidade dos cuidados que só é possível através de registos que traduzam as intervenções efetuadas e os resultados. A eficácia das medidas desenvolvidas deve ser registada após uma nova quantificação da intensidade da dor, no caso de essa avaliação ser semelhante à inicial, ainda geradora de sofrimento, deve-se continuar as intervenções até a intensidade da dor reduzir. As ações realizadas com o fim de controlar a dor passam por uma atuação que deve ser síncrona e contínua entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e devem ser registadas para poder haver continuidade dos cuidados, promovendo uma gestão adequada da dor.

O desenvolvimento de competências na área do doente crítico em especial na gestão da dor permitiu-me concluir que é uma área onde é necessário investir. Não basta dizer que os registos não espelham os cuidados levando a que não haja uma continuidade dos mesmos, é necessário prová-lo. Daí, surgiu a minha necessidade

de recolher informação que me permitisse através da sua análise, obter dados necessários para fundamentar o que observei ao longo dos estágios. A necessidade de sensibilizar os profissionais é uma prioridade e passa por ações de formação com base nos dados adquiridos, com o fim de proporcionar cuidados de qualidade com o humanismo e profissionalismo que está inerente à nossa profissão.

A gestão da dor no doente ventilado não comunicativo é uma matéria que suscita o meu interesse há muito tempo, não só pela sua complexidade mas também pela necessidade de o doente ser visto como um todo. Dado a tecnologia que envolve o doente crítico, os cuidados de enfermagem ficam muito restritos a técnicas esquecendo o cuidar, o promover e preservar a dignidade humana e o saber responder às necessidades de cada doente. As medidas não farmacológicas na gestão da dor promovem o contacto com o doente tal como o toque através da massagem ou posicionamento ou a presença de alguém por perto que proporciona conforto. São cuidados que são feitos diariamente mas não são valorizados como provedores de alívio da dor. A nível desta área pretendo continuar a desenvolver competências através da frequência de cursos, para poder dar resposta adequada na implementação destas medidas, promovendo a sua implementação na gestão da dor, promovendo o cuidar e cuidados de qualidade.

A enfermagem lida com seres humanos, que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser objetivados e tão pouco considerados como elementos separados. O processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de ações no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. Os enfermeiros devem saber comunicar e interagir para poderem proporcionar o cuidado essencial às necessidades de cada doente (Hesbeen, 2000).

A aquisição de competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, teve como finalidade proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade, contribuindo para o bem-estar do doente, e para a melhoria da qualidade dos cuidados, não esquecendo a essência do valor do cuidar. “Enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano” (Watson, 2002, p. 52).

O cuidar não é, por conseguinte, apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo. Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências. Todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença (...) (Watson, 2002, p. 55).

Durante muito tempo a dor foi vivida como uma fatalidade. Hoje em dia com a evolução dos conhecimentos, dispomos de meios que permitem atenuar a maioria das dores. “Um sistema de saúde de qualidade implica o alívio do sofrimento dos doentes (...)” (Metzger et al., 2002, p.1).

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências*. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, 3, 373-382.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Campbell, M. (2005). *Psychometric Testing of a New Pain Assessment Behavior Scale (PABS)*. Acedido em 13 de Março de 2012, disponível em: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/161141>

Celis-Rogriguez, E., Besso, J., Birchenall, C., De La Cal, M. Á., Carrillo, R., Castorena, G., et al. (2007). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgesia en el paciente adulto críticamente enfermo*. Barcelona: Medicina Intensiva, 31, 8, 428-457.

Dalton, H. J. (2011). *Extracorporeal Life Support: Moving at the Speed of Light*. *Respiratory Care*, 56, 9, 1445-1456.

Direcção Geral de Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa

Direção Geral de Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa

Dijkstra, B., Gamel, C., van der Bijl, J. J., Bots, M. L., & Kesecioglu, J. (2010). *The effects of music on physiological responses and sedation scores in sedated, mechanically ventilated patients*. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1030–1039

Felgueiras, J., Lohmann, C., Delerue, F., & Barata, J. (2006). *Ventilação não Invasiva numa Unidade de Cuidados Intermédios*. *Medecina Interna*, 13, 2, 73-78.

Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F., & Baltazar, S. (2008). *Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva*. *Sinais Vitais*, 77, 24-28.

GAD - SPCI. (2011). *Programa Nacional de Avaliação da Dor*. Acedido em 13 de Março de 2012, de PNAD, disponível em: [www. Slideshare.net/gad-spci/pnad-8234515](http://www.Slideshare.net/gad-spci/pnad-8234515)

Gélinas, C., Fillion, L., & Puntillo, K. A. (2008). *Item selection and content validity of the critical-care pain observation tool for non-verbal adults*. Journal of Advanced Nursing , 203-216.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Prespectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas,

International Association for the Study of Pain. (2011). *IASP Taxonomy*.Acedido em 18 de Março de 2012, disponível em: www.iasp-pain.org

Jacobs, B. B., & Taylor, C. (2005). *Medical Futility in the Natural Attitude*. Advances in Nursing Science, 28, 4, 288-305.

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. Foundations in Nursing and Health Care , 77 -80.

Juarez, P., Bach, A., Baker, M., Duey, D., Durkin, S., Gulczynski, B., et al. (2010). *Comparison of Two Pain Scales for the Assessment of Pain in the Ventilated Adult Patient*. Dimensions of Critical Care Nursing, 29,6 ,307-315.

Kabes, A. M., Graves, J. K., & Norris, J. (2009). *Further Validation of the Nonverbal Pain Scale in Intensive Care Patients*. American Association of Critical-Care Nurses; 29,1, 59-66.

Lopes, J. M.C.(2007). Fisiopatologia da Dor. In M. J. Caseiro, *Compilação I*. (pp.12-47). Lisboa: Permanyer.

Maia, P. (2010). *Carta do Presidente da SPCI*. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva,17,4

Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D., et al. (2010). *‘If it is not recorded, it has not been done!’? consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital*. Journal of Clinical Nursing, 19 ,1544–1552.

Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures.: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas,Lda.

Ministério da Saúde & Direcção de Serviços e Planeamento (2003). *Cuidados Intensivos, Recomendações para o seu desenvolvimento*, Direcção Geral da Saúde. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2001).*Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE, Serie I, Numero 1. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Código Deontológico*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Programa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE Versão 2*. Edição Portuguesa. Lisboa.

Ordem dos Medicos., & SPCI (2008). *Transporte de Doentes Críticos, Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Pardo, C., Muñoz, T., & Chamorro, C. (2006). *Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC*. Medicina Intensiva, vol 30 (8) , pp. 379-385.

Payen, J.-F., Bosson, J.-L., Chanques, G., Mantz, J., & Labarere, J. (2009). *Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the*

intensive care unit. Critical Care Medicine- Anesthesiology. V. 111, Nº 6 , pp. 308-1316.

Picis Success at the Santa Maria Hospital in Lisbon. (2009). Picis Customer Story Acedido em 22 de Abril de 2012,;, disponível em: WWW.picis.com/.../34826BA0F22A4794ADB919

Puntillo, K., & Ley, S. J. (2004). *Appropriately Timed Analgesics Control Pain Due to Chest Tube Removal*. American Association of Critical-Care Nurses, 13, 4 , 292-301.

Rigg, J. R., Jamrozik, K., Myles, P. S., Silbert, B. S., Peyton, P. J., Parsons, R. W., et al. (2002). *Epidural anaesthesia and analgesia and outcome of major surgery: a randomised trial*. THE LANCET, 359 , 1276-28.

Rigotti, M. A., & Ferreira, A. M. (2005). *Intervenções de enfermagem ao paciente com dor*. Arq ciên Saúde, 12 ,1, 50-54.

Roenn, J. H., Paice, J. A., & Preodor, M. E. (2009). *Current, Diagnostico e Tratamento da Dor*. São Paulo: McGraw- Hill Interamericana Editores.

Roncon, A. (2010). *ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) como Opção Terapêutica no ARDS Grave*. Revista Portuguesa Medecina Intensiva, 17,1,43-46.

Sakata, R. K. (2010). *Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva*. Rev. Bras. Anestesiologia, 60,6 ,653-658.

Silva, A. R., & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda.

Souza, M. H., & Elias, D. O. (2009). *A CEC no Terceiro Milênio*. Acedido em 18 de Março de 2012, disponível em: perflin.com/boletim/bol0409.pdf

Torres, M., & Reis, M. B. (2002). *Reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem*. Sinais Vitais , pp. 57-59.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos- Diagnostico e Intervenção*. (5ª edição). Loures: Lusodidacta .

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ida.

Williams, T. A., Martin, S., Leslie, G., Thomas, L., Leen, T., Tamaliunas, S., et al. (2008). Duration of Mechanical Ventilation in an Adult Intensive Care Unit After Introduction of Sedation and Pain Scales. *American Journal of Critical Care*, 17,4 , 349-356.

Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). *Use of behavioural pain scale to assess pain in ventilates unconscious and/or sedated patients*. *Intensive and critical Care Nursing*, 22 , 32-39.

6 – GLOSSÁRIO

Alfentanil	É um opiáceo sintético, derivado do fentanil, de curta latência e curta duração. Produz um pico inicial de efeito analgésico e rápida recuperação da consciência. É eficaz como anestésico durante a cirurgia, para suplementação da analgesia durante procedimentos cirúrgicos e como analgésico em doentes críticos.
Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS, Ou Síndrome da Dificuldade Respiratória do Adulto – SDRA, Ou Síndrome da Angustia Respiratória do Adulto – SARA	É uma resposta aguda grave de insuficiência respiratória a diversas formas de agressão aos pulmões. Esta patologia conduz a um aumento da permeabilidade dos capilares pulmonares e consequentemente edema pulmonar. Caracteriza-se por inflamação do parênquima pulmonar que conduz a uma desregulação da relação ventilação/perfusão e concomitante libertação sistémica de mediadores inflamatórios e hipoxemia. Frequentemente resulta em falência multiorgânica, necessitando de ventilação mecânica e tratamento em UCI.
Extracorporeal Membrane Oxygenation - ECMO	Em medicina intensiva a Oxigenação por membrana extra – corporal (ECMO) é uma técnica médica de suporte vital utilizada para se conseguir a depuração de dióxido de carbono e oxigenação do sangue de forma independente do pulmão nativo. Este “pulmão artificial” vai oxigenar o sangue dos doentes e é utilizado em casos de insuficiência respiratória grave ou de insuficiência cardíaca grave.

Fentanil	É um fármaco do grupo dos opiáceos usados no tratamento da dor. Tem ação semelhante à Morfina por via EV e é usado para anestesia e como analgésico sobretudo em procedimentos no bloco operatório e em UCI.
Infeção Nosocomial	São infeções diagnosticadas durante a hospitalização e que não estavam presentes nem em incubação na altura da admissão hospitalar. É um problema relevante e de grande impacto económico. Associado a este problema surge a crescente resistência bacteriana a antibióticos. Este problema é mundial, constituindo um grave problema de saúde pública.
Metamizol Ou Dipirona Sódica	Faz parte da classe dos anti-inflamatórios não esteroides (AINES). A molécula do metamizol possui efeito analgésico e antipirético, tem como ação primária ser antipirético e secundária analgésico e anti-inflamatório.
Morfina	É um fármaco narcótico do grupo dos opiáceos que é usado no tratamento sintomático da dor. Liga-se ao recetor opiáceos no SNC. Altera a perceção ao estímulo doloroso enquanto produz depressão generalizada.
Paracetamol	É um fármaco com propriedades analgésicas mas sem propriedades anti-inflamatórias clinicamente significativas. Atua por inibição da cascata do ácido araquídico, impedindo a síntese das prostaglandinas, mediadores celulares pró-inflamatórios, responsáveis pelas várias manifestações da inflamação, como o aparecimento da dor. Esta substância tem também efeitos antipiréticos.

Remifentanil	É um analgésico sintético do grupo dos opiáceos de ação ultra curta. É amplamente utilizado como analgésico na anestesia geral. A meia vida biológica é de 3 a 10 minutos. A sua rápida eliminação propicia que não se verifique depressão respiratória. Devido ao seu rápido início, curta duração e rápido término é uma droga apropriada para infusão venosa
Tramadol	É um opiáceo usado, como analgésico de ação central que alivia a dor atuando sobre as células nervosas específicas da medula espinal e do cérebro. Indicado para o tratamento da dor de intensidade moderada a severa.
Virus Influenza A Subtipo H1N1 – A (H1N1)	É um subtipo de <i>Influenzavirus</i> A e a causa mais comum da influenza (gripe) em humanos. A letra H refere-se à proteína hemaglutinina e a letra N à proteína neuraminidase. Este subtipo deu origem, por mutação, a várias estirpes, moderadas de gripe humana, estirpes endémicas de gripe suína e várias estirpes encontradas em aves.

7 – ANEXOS

Anexo I – Escalas de Avaliação da Dor Analógicas

ESCALAS ANALÓGICAS

Escala Visual Analógica (EVA)

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação: “Sem Dor” e, na outra, a Classificação “Dor Máxima”.

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor

Sem Dor ----- Dor Máxima

Escala Visual Numérica (EN)

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

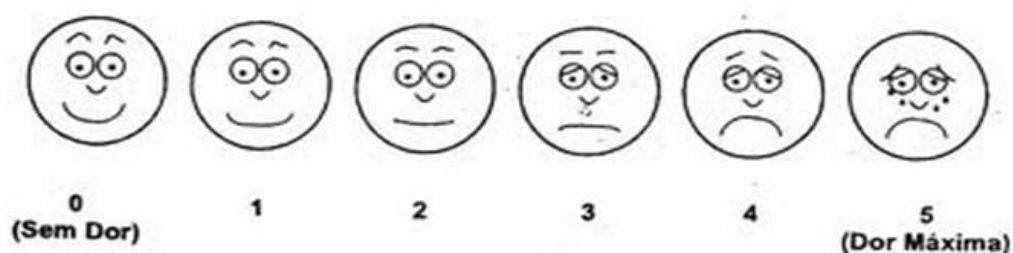
A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.



Escala de Faces (EF)

Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e a expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.



Escala Qualitativa (EQ)

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

**Anexo II – Certificado de Presença: Reunião nacional de
enfermeiros de cuidados intensivos “Avaliação da Dor em UCI’s**



UCIP - Visu

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Devidos efeitos se declara que o Senhor/a Enfermeiro/a **Ana Paula Sequeira**,
presente na **Reunião Nacional de Enfermeiros de Cuidados Intensivos “
da Dor em UCI’s”**, no dia 19 de Abril de 2010, das 09h00 às 13h00, realizada
no Hospital de S. Teotónio, E.P.E., Visu.

Presidente da

Associação de Cuidados Intensivos

Enf.º Chefe

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Hospital de São Teotónio, E.P.E., Visu

Ministério da Saúde
Direcção-geral da Saúde
Hospital de São Teotónio, E.P.E., Visu

Anexo III – Escalas de Avaliação da Dor, BPS e ESCID

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

OBJECTIVO:

Score <4 ausência de dor

Oscilação da Pontuação: ausência da dor = 3 dor intensa = 12

Scores > 4 significa que há necessidade de intervenção de alívio

Expressão Facial	Relaxado	1
	Parcialmente contraída (ex. franzir o semblante)	2
	Fortemente contraída (ex. Olhos cerrados)	3
	Forma (ou trejeito) de dor	4
Movimento de membros superiores	Sem movimento	1
	Parcialmente flexionado	2
	Fortemente flexionado com curvatura de dedos	3
	Permanentemente flexionados	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolerando V. Mecânica	1
	Tossindo, mas tolerando VM a maioria do tempo	2
	Lutando com o ventilador	3
	Impossível de ventilar	4
Ausência de dor = 3 pontos. Máxima dor = 12 pontos		

PNAD www.slideshare.net/gad-spci/pnad-8234515

ESCALA DE CAMPBELL

Escala de evaluación del dolor y comportamiento (Para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea) Rango de puntuación: 0-10				
	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	
«Tranquilidad»	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular*	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido	
Respuesta verbal**	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	
Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar con el tacto o hablándole	
Puntuación Escala de Campbell *En caso de lesión medular o hemiplejía valorar el lado sano **Puede ser poco valorable en vía aérea artificial				/10
Rango puntuaciones	0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso
La puntuación ideal es mantenerlo en 3 o menos				

Consideraciones en el uso de la Escala de Campbell: si existen dudas sobre la existencia o no de dolor es obligatorio asociar un analgésico y observar la respuesta.

Fonte: Pardo, Muñoz, Chamorro; 2006, p.379-85

ESCALA DE COMPORTAMENTOS INDICADORES DE DOR (ESCID)

A ESCID tem origem na escala unidimensional de Campbell (indicadores comportamentais), elaborada por M. Campbell: Pela necessidade de avaliar a dor nos doentes críticos impossibilitados de qualquer tipo de comunicação da sua dor (auto-avaliação). Na tentativa de elaborar um instrumento de colheita de dados neste âmbito que contemple o maior número possível de indicadores comportamentais sugestivos de presença de dor. Em termos de pontuação de intensidade de dor pudesse ter correspondência numérica com as escalas validadas para doentes com capacidade de comunicar (ex: EVA; EVN) – 0 a 10 (em que 0 = sem dor e 10 = dor severa incontrolável).

Contempla os seguintes itens comportamentais: - Musculatura facial; - Tranquilidade; - Tónus muscular; - Vocalizações; - Conforto

Escala de Campbell modificada				
	0	1	2	Total Parcial
Músculos faciais	Relaxados	Tensos, e/ou esgar de dor	Cenho franzido de forma mantida e/ou dentes cerrados	
"Tranquilidade"	Tranquilo, relaxado, movimentos normais	Movimentos e/ou posição de inquietação/agitação ocasionais	Movimentos frequentes, incluindo a cabeça ou as extremidades	
Tónus muscular	Normal	Aumentado. Flexão dos dedos das mãos e/ou dos pés	Rigidez	
Adaptação à VM (excluir outras causas)	Tolera a VM. (Adaptado)	Tosse, mas tolera a VM	Luta contra o ventilador	
Bem-estar	Confortável e/ou Tranquilo	Acalma-se ao toque e/ou à voz. Descentra-se com facilidade	Difícil de confortar pelo toque ou pela voz	
PONTUAÇÃO TOTAL				/10
0: sem dor	1-3: Dor ligeira. Verificar outras causas	4-6: Dor moderada a grave	>6: Dor muito intensa	

VM – Ventilação Mecânica

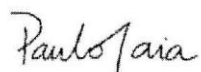
Anexo IV - Certificado de Participação: Plano Nacional de Avaliação da Dor

CERTIFICADO

Certifica-se que Ara Paula Sequeira Pereira
participou no Plano Nacional de Avaliação da Dor promovido pelo Grupo
de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no
período de Março a Setembro de 2011.

Coimbra, 05 de Novembro de 2011

Sociedade Portuguesa
de Cuidados Intensivos



Dr. Paulo Maia
Presidente da SPCI



Enf. José António Pinho
Coordenador do PNAD

Anexo V - Escala de Sedação RASS

ESCALA DE AGITAÇÃO-SEDAÇÃO DE RICHMOND (RASS)

PONTOS	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento, perigoso, combativo
+3	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateteres
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação frequentes
+1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, facilmente despertável, e mantém contato visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimentos ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

Procedimento da medida do RASS:

1. Observar o paciente

- Paciente está alerta, inquieto ou agitado (0 a +4)

2. Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir para ele abrir os olhos e olhar para o profissional.

- Paciente acordado com abertura de olhos sustentada e realizando contato visual (-1)

- Paciente acordado realizando abertura de olhos e contato visual, porém breve (-2)

- Paciente é capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual (-3)

3. Quando paciente não responde ao estímulo verbal realizar estímulos físicos.

- Paciente realiza algum movimento ao estímulo físico (-4)

- Paciente não responde a qualquer estímulo (-5)

Rev Dor, 2009; 10: 2: p.163

Anexo VI - Escalas de Avaliação da Dor NVPS

Non Verbal Pain Scale (NVPS)

Categories	0	1	2
Face	No particular expression or smile.	Occasional grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.	Frequent grimace, tearing, frowning, wrinkled forehead.
Activity (movement)	Lying quietly, normal position.	Seeking attention through movement or slow, cautious movement.	Restless, excessive activity and/or withdrawal reflexes.
Guarding	Lying quietly, no positioning of hands over areas of body.	Splinting areas of the body, tense.	Rigid, stiff.
Physiology (vital signs)	Stable vital signs	Change in any of the following: * SBP > 20 mm Hg. * HR > 20/minute.	Change in any of the following: * SBP > 30 mm Hg. * HR > 25/minute.
Respiratory	Baseline RR/SpO ₂ Compliant with ventilator	RR > 10 above baseline, or 5% ↓ SpO ₂ mild asynchrony with ventilator	RR > 20 above baseline, or 10% ↓ SpO ₂ severe asynchrony with ventilator

Abbreviations: HR, heart rate; RR, respiratory rate; SBP, systolic blood pressure; SpO₂, pulse oximetry.
Instructions: Each of the 5 categories is scored from 0-2, which results in a total score between 0 and 10. Document total score by adding numbers from each of the 5 categories. Scores of 0-2 indicate no pain, 3-6 moderate pain, and 7-10 severe pain. Document assessment every 4 hours on nursing flow-sheet and complete assessment before and after intervention to maximize patient comfort. Sepsis, hypovolemia, hypoxia need to be excluded before interventions.

© Strong Memorial Hospital, University of Rochester Medical Center, 2004. Used with permission.

Kabes, 2009

Escala de Dor Não Verbal

A NVPS é uma escala de dez pontas com cinco categorias que são pontuadas com 0,1 ou 2 pontos do sistema. Foi efectuado um estudo para determinar a contabilidade e validade da escala da escala e incluído o indicador da componente ventilatória.

Categorias	0	1	2
Face	Sem expressão facial ou sorriso	Careta ocasional; testa enrugada; face contraída	Careta frequente; testa enrugada; face contraída
Actividade	Posição normal	Procura atenção; inquieto; movimento lento	Movimento excessivo
Vigilância	Deitado; quieto	Tenso	Rígido
Fisiológica	Sinais vitais estáveis	Alterações hemodinâmicas: Sist>20 mmhg FC>20 min	Alterações hemodinâmicas: Sist>30 mmhg FC>25 min
Respiração	Complacência ventilatória	Assíncronia ventilatória	Assíncronia ventilatória severa

Anexo VII -Grelhas de Atividades e Cronogramas

UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE - [REDACTED]	
Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
❖ Conhecer a estrutura física e o funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente d	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação dos diversos sectores constituintes do serviço, principais actividades desenvolvidas nos mesmos e forma como se complementam; ✓ Identificação dos diferentes grupos profissionais a operar diariamente no serviço, modo de articulação e transmissão de informação; ✓ Identificação dos critérios de admissão e alta dos doentes da unidade; ✓ Identificação dos circuitos realizados pelos doentes e família no serviço; ✓ Acompanhamento da equipa de enfermagem;
• Identificar os mecanismos de comunicação existentes entre os diferentes profissionais e sectores, bem como com os doentes e familiares;	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação dos mecanismos de transmissão de informação formais e o seu modo de funcionamento; ✓ Identificação dos diferentes mecanismos de transmissão de informação informal; ✓ Identificação de possíveis limitações à comunicação; ✓ Consulta de informação escrita do doente;

<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos sobre a escala utilizada para avaliação da dor em doentes ventilados não comunicativos na Unidade; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recolha de informação e pesquisa bibliográfica sobre a escala utilizada; ✓ Participação ativa na avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo; ✓ Identificações de como os enfermeiros procedem ao registo sistemático da avaliação da dor;
<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente de médio e alto risco, em especial ao doente ventilado não comunicativo com o fim de adquirir competências especializadas na gestão da dor; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesquisa e revisão da literatura sobre os mecanismos da dor; ✓ Apoio de pessoas de referência; ✓ Colaboração com o enfermeiro orientador na abordagem do doente crítico, na gestão de cuidados e execução de técnicas indutores de dor: mobilizações, ventilação mecânica, aspiração de secreções, cateterismos, colocação de drenagens, execução de exames dolorosos, etc. Interpretação de parâmetros vitais e alterações de comportamento, avaliação e registo da dor através da escala em uso, atuação e registo das intervenções desenvolvidas para o seu alívio, registo dos resultados das intervenções;
<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos sobre as diferentes formas de intervenção, farmacológicas e não farmacológicas, utilizadas para a prevenção, controle e tratamento da dor; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação da medicação utilizada para prevenção e controlo da dor; ✓ Identificação de utilização de técnicas de prevenção e alívio da dor; ✓ Identificação do registo e avaliação dos resultados das intervenções farmacológicas e não farmacológicas;

<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir competências em estratégias apropriadas de resposta à dor no doente ventilado não comunicativo através de aquisição de experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contribuir para melhorar o alívio da dor nos doentes; ✓ Contribuir para a melhoria dos registos de enfermagem e consequentemente, para a prática desta disciplina; ✓ Contribuir para a humanização dos serviços de saúde através da melhoria da qualidade de vida dos seus utilizadores; ✓ Contribuir para a promoção e aumento da qualidade dos cuidados de saúde.
--	--

Orientadora: Professora Cândida Durão
Aluna: Ana Paula Sequeira Pereira, nº3735

Ano		2011													
		Outubro							Novembro						
Mês	Semana	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª							
Atividades	Dias	10	17	24	31	07	14	21							
Identificação dos diversos sectores constituintes do serviço, principais actividades desenvolvidas, diferentes grupos profissionais e modo de articulação entre eles;		16	23	30	06	13	20	27							
Identificação dos mecanismos de transmissão de informação e consulta de informação escrita do doente;															
Recolha de informação e pesquisa bibliográfica sobre a escala utilizada;															
Pesquisa e revisão da literatura sobre os mecanismos da dor;															
Colaboração na abordagem ao doente ao doente crítico, gestão de cuidados e execução de técnicas;															
Colaboração na avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo;															
Identificação das medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para alívio da dor;															
Participação ativa na avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo;															
Contribuir para melhorar o alívio da dor no doente ventilado não comunicativo															

Orientadora: Professora Cândida Durão

Aluna: Ana Paula Sequeira Pereira, nº3735

1º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Projeto de Estágio - Avaliação da Dor no Doente Ventilado Não Comunicativo

Grelha de Atividades de Estágio	
Serviço de Medicina Intensiva/	
Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conhecer a estrutura física e o funcionamento do Serviço de Medicina Intensiva • Identificar os mecanismos de comunicação; • Aprofundar conhecimentos sobre a escala utilizada para avaliação da dor em doentes ventilados não comunicativos na Unidade; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação dos diversos sectores constituintes do serviço; ✓ Identificação dos diferentes grupos profissionais a operar diariamente no serviço, modo de articulação e transmissão de informação; ✓ Identificação dos critérios de admissão e alta dos doentes da unidade; ✓ Identificação dos circuitos realizados pelos doentes e família no serviço; ✓ Acompanhamento do Enfermeiro Orientador e equipa de enfermagem; ✓ Identificação dos mecanismos de transmissão de informação formal e informal; ✓ Consulta de informação escrita do doente; ✓ Identificação do funcionamento da CIPE; ✓ Recolha de informação e pesquisa bibliográfica sobre a escala utilizada; ✓ Participação ativa na avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo; ✓ Identificações de como os enfermeiros procedem ao registo sistemático da avaliação da dor;

<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente de médio e alto risco, em especial ao doente ventilado não comunicativo com o fim de adquirir competências especializadas na gestão da dor; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesquisa e revisão da literatura sobre os mecanismos da dor; ✓ Colaboração com o enfermeiro orientador na abordagem do doente crítico, na gestão de cuidados e execução de técnicas indutores de dor: mobilizações, ventilação mecânica, aspiração de secreções, cateterismos, colocação de drenagens, execução de exames dolorosos, etc. Interpretação de parâmetros vitais e alterações de comportamento, avaliação e registo da dor através da escala em uso, atuação e registo das intervenções desenhadas para o seu alívio, registo dos resultados das intervenções;
<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos sobre as diferentes formas de intervenção, farmacológicas e não farmacológicas, utilizadas para a prevenção, controle e tratamento da dor; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação da medicação utilizada para prevenção e controlo da dor; ✓ Identificação de utilização de técnicas de prevenção e alívio da dor; ✓ Identificação do registo e avaliação dos resultados das intervenções farmacológicas e não farmacológicas;
<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir competências em estratégias apropriadas de resposta à dor no doente ventilado não comunicativo através de aquisição de experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contribuir para melhorar o alívio da dor nos doentes; ✓ Contribuir para uma maior adesão na de avaliação da dor; ✓ Contribuir para a humanização dos serviços de saúde através da melhoria da qualidade de vida dos seus utilizadores; ✓ Contribuir para a promoção e aumento da qualidade dos cuidados de saúde.

Orientadora: Professora Cândida Durão

Aluna: Ana Paula Sequeira Pereira, nº3735

1º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
projeto de Estágio - Avaliação da Dor no Doente Ventilado Não Comunicativo

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE ESTÁGIO – SMI – [REDACTED]												
Ano	2011						2012					
Mês	Dezembro						Janeiro					
Semana	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	3ª	4ª	5ª	6ª		
	05	12	19	26	01		02	09	16	23		
	11	18	25				08	15	22	29		
Atividades												
Identificação dos diversos sectores constituintes do serviço, principais actividades desenvolvidas, diferentes grupos profissionais e modo de articulação entre eles;												
Identificação dos mecanismos de transmissão de informação, consulta de informação escrita do doente, identificação do funcionamento da CIPE;												
Recolha de informação e pesquisa bibliográfica sobre a escala utilizada;												
Pesquisa e revisão da literatura sobre os mecanismos da dor;												
Colaboração na abordagem ao doente ao doente crítico, gestão de cuidados e execução de técnicas;												
Colaboração na avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo;												
Identificação das medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para alívio da dor;												
Participação ativa na avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo;												
Contribuir para melhorar o alívio da dor no doente ventilado não comunicativo												

Orientadora: : Professora Cândida Durão

Aluna: Ana Paula Sequeira Pereira, nº3735

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a estrutura física e o funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente de médio e alto risco, em especial ao doente ventilado não comunicativo com o fim de adquirir competências especializadas na gestão da dor; Adquirir competências em estratégias apropriadas de resposta à dor no doente ventilado não comunicativo através de aquisição de experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação dos diversos sectores constituintes do serviço; ✓ Identificação dos diferentes grupos profissionais a operar diariamente no serviço; ✓ Acompanhamento do Enfermeiro Orientador e equipa de enfermagem; ✓ Colaboração com o enfermeiro orientador na abordagem do doente crítico, na gestão de cuidados e execução de técnicas indutoras de dor: mobilizações, ventilação mecânica, aspiração de secreções, cateterismos, colocação de drenagens, execução de exames dolorosos, etc.; ✓ Identificação da medicação utilizada para prevenção e controlo da dor; ✓ Avaliação e registo da dor através da escala em uso; ✓ Identificação do registo da avaliação da dor e dos resultados das intervenções farmacológicas e não farmacológicas; ✓ Contribuir para uma maior adesão na avaliação da dor; ✓ Apresentação de ação de formação sobre a “Avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo”; ✓ Contribuir para a promoção e aumento da qualidade dos cuidados de saúde.

Orientadora: Professora Cândida Durão

Aluna: Ana Paula Sequeira Pereira, nº373

1º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Projeto de Estágio - Avaliação da Dor no Doente Ventilado Não Comunicativo

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE ESTÁGIO – UCIP – [REDACTED]					
ANO	2012				
MÊS	Janeiro		Fevereiro		
SEMANA	1ª	2ª	3ª		
ATIVIDADES	30	06	13	12	17
DIAS	05				
Identificação dos diversos sectores constituintes do serviço e dos diferentes grupos profissionais a operar diariamente no serviço;					
Acompanhamento do Enfermeiro Orientador e equipa de enfermagem;					
Colaboração na abordagem ao doente ao doente crítico, gestão de cuidados e execução de técnicas;					
Colaboração na avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo;					
Identificação do registo e avaliação dos resultados das intervenções farmacológicas e não farmacológicas;					
Apresentação de ação de formação sobre a “Avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo;					
Contribuir para melhorar o alívio da dor no doente ventilado não comunicativo.					

Orientadora: Professora Cândida Durão

Aluna: Ana Paula Sequeira Pereira, nº373

**Anexo VIII – Certificado de Presença: Simpósio de Enfermagem -
Ventilação Não-Invasiva**

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(DECRETO REGULAMENTAR N.º 35/2002 DE 23 DE ABRIL)

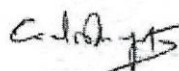
CERTIFICA-SE QUE **ANA PAULA SEQUEIRA PEREIRA** NATURAL DE **ODIVELAS** NASCIDO(A)
A **14-05-1961** NACIONALIDADE **PORTUGUESA** DO SEXO **FEMININO** PORTADOR(A) DO
CARTÃO DE CIDADÃO **06002896**, FREQUENTOU:

SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM - VENTILAÇÃO NÃO- INVASIVA

QUE DECORREU DE **09 DE DEZEMBRO DE 2011** A **10 DE DEZEMBRO DE 2011**, LOCAL:
AUDITÓRIO DO METROPOLITANO DE LISBOA, COM A DURAÇÃO DE **16 HORAS**.

Coimbra, 10 de Dezembro de 2011

O Responsável pela FORMASAU



Certificado N.º **1151 / 2011**

FORMASAU, FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA, Parque Empresarial de Eiras, Lote 19 - 3020-265 Coimbra - Apartado 8026 - 3021-901 Pedralva
Tel: 239 804000 a 28 - Fax: 239 804029 - Email: sequeira@formasau.pt - NIF: 503231535

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(DECRETO REGULAMENTAR N.º 35/2002 DE 23 DE ABRIL)

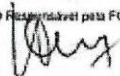
CERTIFICA-SE QUE **ANA PAULA SEQUEIRA PEREIRA** NATURAL DE **ODIVELAS** NASCIDO(A)
A **14-05-1961** NACIONALIDADE **PORTUGUESA** DO SEXO **FEMININO** PORTADOR(A) DO
CARTÃO DE CIDADÃO **06002896**, FREQUENTOU:

WORKSHOP 1 - LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS

QUE DECORREU DE **09 DE DEZEMBRO DE 2011** A **09 DE DEZEMBRO DE 2011**, LOCAL:
AUDITÓRIO DO METROPOLITANO DE LISBOA, COM A DURAÇÃO DE **2 HORAS**.

Coimbra, 09 de Dezembro de 2011

O Responsável pela FORMASAU



Certificado N.º **1370 / 2011**

FORMASAU, FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA, Parque Empresarial de Tires, Lote 19 - 3020-265 Coimbra - Apartado 8026 - 3021-001 Pedralva
Tel: 239 801020 a 28 - Fax: 239 801029 - Email: suporte@formasau.pt - NIF: 503231533

SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM - "VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA"

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA

ÁREA DE FORMAÇÃO: 723 - ENFERMAGEM GERAL

LOCAL DE REALIZAÇÃO: AUDITÓRIO DO METROPOLITANO DE LISBOA

OBJECTIVOS: REFLECTIR A PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE SUBMETIDO A VNI NOS SEUS DIVERSOS CONTEXTOS, COM BASE NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E EM LINHAS DE ORIENTAÇÃO ACTUAIS.

DIA	CONTEÚDOS	HORAS
9	SESSÃO DE ABERTURA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	1
	MESA REDONDA 1 ABORDAGEM À PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI) * VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA vs VENTILAÇÃO MECÂNICA, GANHOS EM SAÚDE * INTERVENÇÕES NO CONTEXTO DE INTERNAMENTO DO ADULTO IDOSO * INTERVENÇÕES NO CONTEXTO DE INTERNAMENTO: NECESSIDADES DA CRIANÇA * A MONITORIZAÇÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	2
	CONFERÊNCIA 1 * LEGISLAÇÃO E DOENTE CRÓNICO, O CASO DAS PESSOAS SUBMETIDAS A VNI	1
	MESA REDONDA 2 A TRANSIÇÃO DO HOSPITAL PARA CASA * TRATAMENTOS ADJUVANTES, O PAPEL DO ENFERMEIRO NA INALOTERAPIA E OXIGENOTERAPIA * LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL * FORMAÇÃO DOS CUIDADORES * A MONITORIZAÇÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	2
	CONFERÊNCIA 2 * EMPREENDEDORISMO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	1
	WORKSHOP * SESSÕES PRÁTICAS DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS: APRESENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS - EMPRESA RESPONSÁVEL: GASIN	2
	MESA REDONDA 3 INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE * VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO DOMICÍLIO * O CASO DAS DOENÇAS NEUROMUSCULARES * ESTRATÉGIAS DE ARTICULAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	3
10	MESA REDONDA 4 PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE * EPIDEMIOLOGIA * PREVENÇÃO	2
	WORKSHOP * LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS	2
	TOTAL	16 H

OBSERVAÇÕES:

A acção de formação só prevê a avaliação/avaliação dos participantes.

A FORMOSIM, FORMAÇÃO E SIMUL, LDA, está credenciada como entidade formadora pelo DGERT

**Anexo IX – Certificado de Presença: Enfermagem de Informação e
Financiamento em Saúde: CIPE e Experiencias de Utilização Efetiva**



CERTIFICADO DE EXPERIÊNCIA FORMATIVA

Certifica-se que

ANA PAULA SEQUEIRA PEREIRA

membro n.º 5-E-06495 desta Ordem, esteve presente no encontro
«Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde:
CIPE® e Experiências de Utilização Efectiva», no dia 05 de Janeiro de
2012, com a duração total de 8 horas, no Auditório da Faculdade de Ciências
da Universidade de Lisboa – Bloco C3

Lisboa, 16 de Janeiro de 2012

Para Comissão Organizadora

Leonor Justino
Enf.ª Maria Augusta Sousa
(A Destinar)



PROGRAMA

Enfermagem, Sistemas de Informação e Financiamento em Saúde: CIPE® e Experiências de utilização Efectiva - 06 de Janeiro de 2012 -

09h30 – Sessão de Abertura

- Enr.ª Maria Augusta Sousa, Diretora Nacional da Ordem dos Enfermeiros
- Dr. Manuel Teixeira, Secretário de Estado da Saúde
- Enr.ª Nick Hardiker, Director of the eHealth Programme, ICN
- Enr.ª Ana Paula, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto

09h30 – Painel: CIPE® 2011 – Perspectivas de desenvolvimento em Portugal e no Mundo

- Enr.ª Abel Paiva, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)
- Enr.ª Dina Jesus, Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional de R. A. da Madeira da Ordem dos Enfermeiros (OE)
- Enr.ª Nick Hardiker, Director of the eHealth Programme, ICN
- Enr.ª Paula Sousa, Director do Centro de Investigação e Desenvolvimento de Sistemas de Informação (CQDESI) da ESEP

11h30 – Coffee Break

11h30 – Painel: Sistema de Informação em Saúde/ Registo de Saúde Electrónico/ Enfermagem – Estratégia para o seu desenvolvimento e implementação

- Prof. Dr. João Carvalho das Neves, Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, IP)
- Dr. Rui Marques Mendes, Presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Município da Saúde - EPS
- Prof. Dr. Henrique Mendes, Coordenador da Unidade para Informação Clínica (UIC)

12h45 – Almoço

14h30 – Painel: Enfermagem, Financiamento, Contratualização e Sistemas de Informação em Saúde – Perspectivas

- Prof.ª Dra. Ana Escovar, Professora Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública
- Prof. Dr. Rui Cortez, Professor Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública
- Enr.ª Fernando Amaro, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Prof. Dr. António Pereira, Presidente do Conselho de Administração do Hospital de S. João

15h45 – Coffee Break

16h30 – Apresentação de comunicações livres

17h45 – Entrega de prémios às melhores comunicações livres e posters. Encerramento

Anexo X – Ação de Formação: Avaliação da Dor no Doente Ventilado Não Comunicativo



1º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica



Orientadora: Prof. Cândida Durão
Orientador do estágio: Enfº [REDACTED]
Aluna: Ana Paula Sequeira Pereira

Lisboa, 17 de Fevereiro 2012

ÍNDICE

Objetivo	3
Desenvolvimento	3
Conclusão	10
Referências Bibliográficas	11

1 – OBJECTIVO

Avaliar a dor nos doentes em cuidados intensivos de forma sistemática com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

2 - DESENVOLVIMENTO

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção Geral de Saúde (DGS) (2003), instituiu-a como 5º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas.

O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Sabemos que a negação ou desvalorização da dor do Outro é um erro ético. É importante valorizar, respeitar e tomá-la verdadeiramente como “5º sinal vital”. A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que se deve “*Avaliar e respeitar a avaliação que o Outro faz quando pode, pois a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é.*” (OE, 2008,7- 9).

O conceito de dor hoje mundialmente usado é o da Associação Internacional de Estudos da Dor (*International Association for the Study of Pain, - IASP*). Define dor como uma “*Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano*”. Este conceito avança na direção de admitir que a dor é uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido, (Maciel, 2004).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) refere a dor como “*(...) sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento*”, que

perturba e interfere na qualidade de vida pelo que o seu controle é um objetivo prioritário (OE,2008,p.11).

Definida como uma sensação desagradável que varia desde o desconforto leve a lacerante, é uma qualidade sensorial fundamental, alerta os indivíduos para a ocorrência de lesões dos tecidos, permitindo que mecanismos de defesa ou fuga sejam adotados. Embora possa parecer estranho, é um efeito extremamente necessário. É o sinal de alarme de que algum dano ou lesão está a ocorrer. A tolerância à dor, é muito variável de doente para doente, é uma experiência subjetiva, que resulta não apenas de lesão tecidular, mas também de fatores emocionais e culturais. É um sintoma complexo experimentado por todos os seres humanos ao longo da sua vida.

A DGS considera *"(...) como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde: O registo sistemático da intensidade da Dor; a utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escala validadas Internacionalmente: "Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "Escala Numérica", "Escala Qualitativa" ou "Escala de Faces"; a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor"* (DGS,2003, p.1) É uma realidade no nosso dia-a-dia, sendo um dos sintomas mais referenciados na prática clínica diária. Perante tal subjetividade é essencial que seja entendida pelos profissionais de saúde sem que, quer consciente ou inconscientemente, façam juízos de valor. Para tal é importante adequar medidas de avaliação do grau de dor aos diferentes tipos de doentes.

Segundo Martins (2003) *"É uma experiência que se inscreve na nossa história humana cedo e que de forma marcante induz o nosso comportamento, tornando essa experiência única e singular"*.

Atualmente os cuidados intensivos são prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde que contribuem nos cuidados aos doentes em estado crítico, *"O ambiente em cuidados intensivos, determinado pela alta tecnologia, é facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida (...). Coloca-se um grande empenho nas perícias técnicas, na competência profissional e na resposta a situações críticas (...). Manter o cuidar nos cuidados de enfermagem é um dos maiores desafios a enfrentar"* (Urden, 2008,p. 6).

O doente em estado crítico caracteriza-se pela presença de problemas de vida ou de morte, reais ou potenciais e pela necessidade de intervenção contínua para evitar complicações e melhorar a saúde. Apresentam patologias diversas, tendo em comum serem doentes com insuficiência respiratórias e dependentes nas suas atividades de vida diária.

São complexos os fatores, que interferem nas percepções de dor e na sua avaliação, e incluem:

- Alteração do estado de consciência;
- Alteração da comunicação;
- Presença de um dispositivo para ventilação artificial, tubo endotraqueal ou traqueostomia;
- Patologia preexistente;
- Dor pós-operatória;
- Procedimentos invasivos;
- Ciclo dor /ansiedade;
- Privação do sono
- Imobilização prolongada;
- Múltiplas intervenções de enfermagem;
- Idade;
- Cultura;
- Experiências de dores anteriores (Silva & Lage, 2010, pp. 125,126).

Nas unidades de cuidados intensivos (UCIs) a deteção e controle da dor através da verbalização da pessoa é difícil devido à existência de tubos endotraqueais ou traqueotomias, sedação profunda, fármacos bloqueadores neuromusculares, alteração do nível de consciência, entre outras causas, pelo que os profissionais se baseiam em indicadores fisiológicos e de comportamento. Se bem que as respostas fisiológicas como: o aumento da pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), Alteração da saturação de oxigénio (SpO2), diaforese, palidez ou alterações pupilares, possam ser indicadores de dor, assim como a agitação motora ou agressividade, não são valorizados da mesma maneira por todos os profissionais.

Atualmente, não existe consenso entre investigadores, quanto à validade das variáveis fisiológicas na mensuração da dor, mas na prática clínica, o seu registo é horário, pelo que há autores que sugerem o seu recurso, dado que constituem um

método indireto de monitorização, “(..) *por um lado a alteração desses indicadores, por si só, não é suficiente para caracterizar a intensidade da dor, ou seja não é pelo doente apresentar FC ou PA elevadas, ou SpO2 baixa, que pode não ser sinónimo de dor, dado que o doente encontra-se em estado crítico, sob influência de vários medicamentos, que condicionam essas alterações, por outro lado a ausência de alterações destes parâmetros fisiológicos, podem também não ser sinónimo de ausência de dor*” (Silva & Lage, 2010, p.129). Neste sentido, a observação do conjunto de indicadores comportamentais e fisiológicos são uma mais-valia neste contexto.

Os itens de avaliação da dor nas várias escalas, como os movimentos dos membros ou a adaptação ao ventilador, por si só não avaliam a intensidade da dor se o profissional não tiver em conta o contexto em que esta a fazer a avaliação e não ponderar sobre o que esta associado a esses itens tal como delírio, desconforto de uma entubação traqueal, a existência de excesso de secreções, ou mesmo o “acordar” do doente. Saber identificá-las é necessário para garantir o bem-estar do utente.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, deve efetuar rigorosa observação de:

- Posições anti-álgicas;
- Transtornos do sono;
- Alterações do tônus muscular;
- Respostas autónomas (alterações de FC, FR, PA, SpO2, diaforese, dilatação pupilar);
- Alterações comportamentais (postura de defesa, agitação, choro, irritabilidade);
- Avaliar a dor de 4 em 4 horas, durante e/ou após procedimento dolorosos;
- Evitar a demora entre avaliação, tratamento e reavaliação;
- Administrar terapêutica analgésica e/ou sedativa de acordo com a prescrição;
- Monitorizar efeitos da medicação; comunicar esse feedback ao médico e à equipa de enfermagem;
- Proporcionar estratégias não farmacológicas adaptadas as características do doente, (Silva& Lage, 2010, p131).

A avaliação e registo da intensidade da dor devem ser feitos de um modo contínuo e regular á semelhança dos sinais vitais de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança a equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

O modo como os profissionais de enfermagem valorizam a dor e fazem a sua avaliação, como a integram na sua prática diária e como a registam é importante para a prática de cuidados de enfermagem de qualidade.

O uso de uma determinada avaliação da dor padronizada e algoritmos de intervenção que incorporem indicadores comportamentais e fisiológicos podem ajudar os profissionais de saúde na tomada de avaliação da intensidade da dor.

A sedação e analgesia são uma parte fundamental no tratamento dos doentes críticos nas UCIs. Os objetivos destas duas intervenções são “(..) *proporcionar aos doentes um nível ótimo de comodidade com segurança, reduzindo a ansiedade e a desorientação, facilitando o sono e controlando adequadamente a dor, contribuindo para uma unidade de cuidados intensivos sem dor*”.(Celis-Rodrigues, 2007, p.428).

Com uma correta sedo-analgesia, o doente apresenta uma diminuição das complicações pulmonares (atelectasias, pneumonias, extubações acidentais), cardíacas (enfarte agudo do miocárdio, síndrome coronário agudo em doentes com antecedentes coronários) e diminuição da agitação e delírio relacionada com diversos fatores: a própria patologia, dor, depressão, alteração do ciclo circadiano, encefalopatia, febre, *sépsis*, falência renal e reações adversas a fármacos (Rigg, 2002).

Uma correta sedo-analgesia evita efeitos secundários. Um doente sem dor ou com um controlo adequado sobre a mesma tolera melhor a ventilação mecânica (VM), colabora mais na prestação dos cuidados, o que pode proporcionar redução do tempo de internamento na unidade e evitar sequelas resultantes de longos períodos de ventilação.

Payen (2009), refere num estudo efetuado em doentes com VM que os doentes com avaliação da dor tiveram uma menor duração de VM e menos tempo de internamento do que os sem esta avaliação e que a permanência em UCI é

uma experiencia desconfortável que pode afetar a qualidade de vida. Refere ainda existirem evidências que o uso excessivo de sedativos pode prolongar a duração da VM e do internamento e que uma sedação e analgesia adequadas reduzem os

custos hospitalares, as complicações associadas à VM como as pneumonias ou mesmo o delírio.

No tratamento da dor, nem sempre é necessário a administração de terapêutica analgésica, há que saber identificar o tipo ou o que lhe está associado. Um posicionamento incorreto ou manter o doente na mesma posição leva a desconforto que pode manifestar-se por dor. As medidas não farmacológicas são tão importantes como os analgésicos e essas são da responsabilidade dos enfermeiros.

Na área dos cuidados intensivos os enfermeiros geralmente dedicam-se aos problemas fisiológicos que ameaçam a vida dos seus doentes. As limitações de tempo e a necessidade de prestar cuidados prioritários limitam muitas vezes os enfermeiros a ações de natureza técnica. Os profissionais de enfermagem, muitas vezes esquecem que mais importante, do que saber manusear o diverso equipamento de que se dispõem e executar técnicas, é a pessoa que se encontra na cama totalmente dependente de outros. *“No reinado da tecnologia, a dor humana e os dilemas são facilmente reduzidos a “problemas a resolver”* (Benner 2001,p.75).

O enfermeiro precisa de saber quando ocorre a dor para poder ajudar o doente através de uma adequada utilização de medicamentos analgésicos e sedativos, medidas de conforto como a massagem e um correto posicionamento, o toque com o intuito de tranquilizar o doente, uma adequada comunicação no sentido de facilitar a orientação tempo espacial e dispositivos de avaliação de dor e agitação, *“(…) de acordo com as situações as acções de enfermagem podem englobar diversas técnicas que podem ser desenvolvidas de forma directa ou indirecta através de: (...) criação de ambiente calmo, criação de uma sensação de conforto geral, mudanças de posição, (...), alteração da condução do estímulo, (...), estabelecimento de uma boa comunicação - empatia (...). O enfermeiro deve exercer o seu papel no controlo da dor, tem responsabilidade na avaliação, intervenção e monitorização dos resultados dos tratamentos, na*

comunicação das informações sobre a dor do paciente, como membro da equipa de saúde”, (Rigotti 2005, pp.52-54).

A diversidade dos atos médicos, própria de uma UCI, desvia a prática diária de enfermagem para atos de curar e não de cuidar. Os cuidados de enfermagem são constituídos por diversas atividades, onde há sempre a possibilidade de contribuir para o bem-estar do doente mesmo em condições críticas.

“A enfermagem tem um compromisso forte com o cuidar da pessoa na sua totalidade (...). E o cuidar “(...) é um empreendimento epistémico que define quer o enfermeiro quer a pessoa e ainda o nível de espaço e tempo; requer estudos sérios, reflexão, acção e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudaram a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar, durante a experiencia saúde-doença”, (Watson, 2002, pp.30 - 56).

CONCLUSÃO













A equipa multidisciplinar da UCI deve partilhar os mesmos objectivos, valorizando a dor física e dor resultante da situação de ameaça, dependência e perda de controlo. É fundamental o enfermeiro manter uma boa comunicação com o doente em UCI. O enfermeiro representa o profissional que permanece mais tempo junto ao utente. Compete-lhe a avaliação mais rigorosa e fidedigna da dor, de modo a intervir adequadamente, de modo a aliviá-la ou eliminá-la ou ajudando a suportá-la (relação de ajuda).

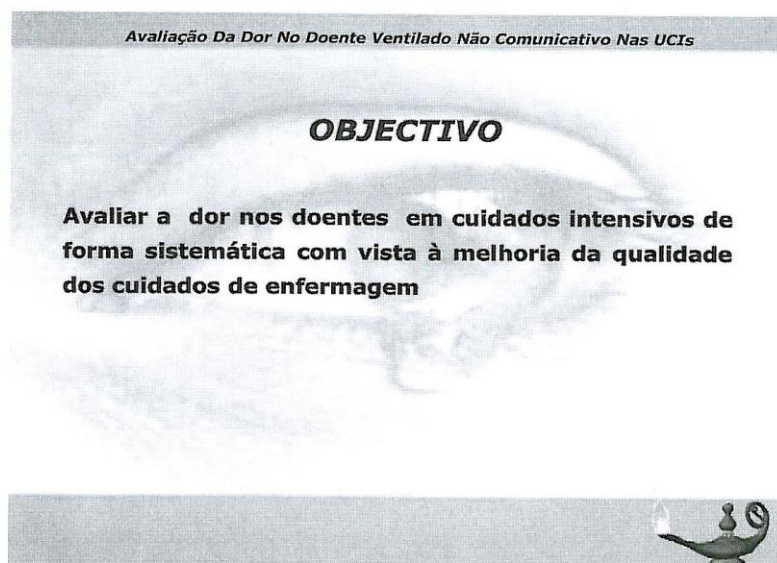
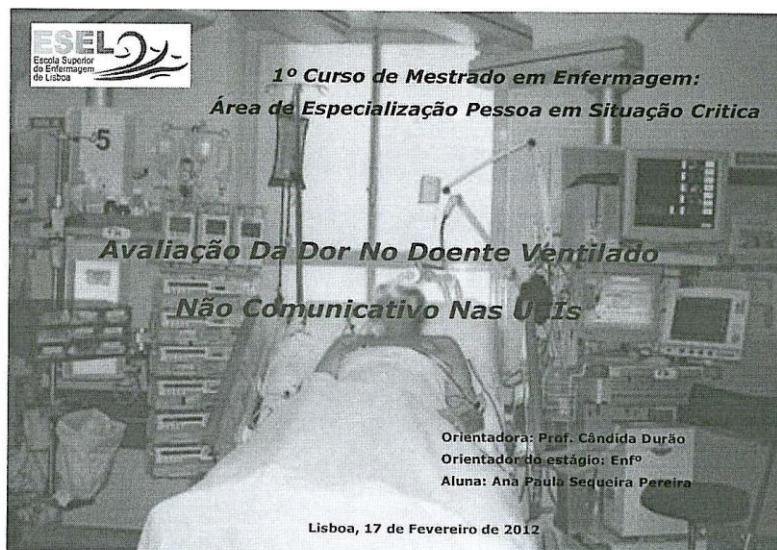
A avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo não se pode limitar á atribuição de um valor nos itens de uma escala, é essencial ter em conta as alterações fisiológicas e comportamentais.

A procura de uma escala ideal pode ser utopia, dado que sendo a dor uma experiência subjetiva, relacionada com fatores emocionais ou mesmo culturais, não pode ser medida com rigor tal como se faz a medição da temperatura ou da tensão arterial. No entanto a sua avaliação é importante pois contribui para o bem-estar do doente, e para a melhoria da qualidade dos cuidados. É necessária a sensibilização dos profissionais para a importância do registo da dor.

A dor é um fenómeno complexo, multidimensional, com efeitos nefastos na saúde e desafiador para os profissionais de saúde. Ela está presente na generalidade das situações que requerem cuidados de saúde, cuja avaliação e controlo são um dever dos profissionais de saúde e um direito dos que dela sofrem. Por esta razão, são dois importantes indicadores de qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra. Quarteto Editora.
-  Celis-Rodriguez, e. [et al.] (2007). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia en el paciente adulto críticamente enfermo*. Medicina Intensiva. Barcelona. 31, pp.428-71.
-  Direcção Geral de Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa.
-  Maciel, M. G. S. (2004). *A dor crónica no contexto dos cuidados paliativos*. Prática Hospitalar. Nº 35.
-  Martins, M.M. Travanca, M. G, (2003). *A caminho do cuidar em enfermagem. Um olhar à pessoa com dor*. Dor vol.11 (4), pp23-28.
-  Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*.Lisboa.
-  Payen,J. F., Bosson,J. L., Chanques,G. Mantz,J., Labarere,J. (2009). *Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study*. Department of Anesthesiology and Critical Care.111 (6), pp.1308-1316.
-  Rigg, J.R. [et al.], (2002). *Epidural anaesthesia and analgesia and outcome of major surgery: a randomized trial*. Master Anesthesia Trial Study Group. pp.1276-128.
-  Rigotti, M.A., Ferreira, A.M. (2005). *Intervenções de enfermagem ao paciente com dor*. Arq ciên Saúde. Nº12,50-54.
-  Silva, A. R.; Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Formasau. Coimbra.
-  Urden, L.D; Stacy, K. M.; Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Lusodidacta, Loures.
-  Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência. Loures.



O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde

"Avaliar e respeitar a avaliação que o Outro faz quando pode, pois a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é."

OE, 2008, 7- 9

O conceito de dor hoje mundialmente usado é o da
Associação Internacional de Estudos da Dor
(*International Association for the Study of Pain, - IASP*).

"Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano".

Maciel, 2004

“O ambiente em Cuidados Intensivos, determinado pela alta tecnologia, é facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida (...). Coloca-se um grande empenho nas perícias técnicas, na competência profissional e na resposta a situações críticas (...). Manter o cuidar nos Cuidados de Enfermagem é um dos maiores desafios a enfrentar”.

Urden, 2008, 6

São complexos os factores, que interferem nas percepções de dor e na sua avaliação, e incluem:



- Alteração do estado de consciência;
- Alteração da comunicação;
- Presença de um dispositivo para ventilação artificial, tubo endotraqueal ou traqueostomia;



- Patologia preexistente;
- Dor pós-operatória;
- Procedimentos invasivos;
- Ciclo dor /ansiedade;
- Privação do sono;



- Imobilização prolongada;
- Múltiplas intervenções de enfermagem;
- Idade;
- Cultura;
- Experiências de dores anteriores.

Silva, 2010

Avaliação Da Dor No Doente Ventilado Não Comunicativo Nas UCIs

O modo como os profissionais de enfermagem valorizam a dor e fazem a sua avaliação, como a integram na sua prática diária e como a registam é importante para a prática de cuidados de enfermagem de qualidade

O uso de uma determinada avaliação da dor padronizada e algoritmos de intervenção que incorporem indicadores comportamentais e fisiológicos podem ajudar os profissionais de saúde na tomada de avaliação da intensidade da dor

Avaliação Da Dor No Doente Ventilado Não Comunicativo Nas UCIs

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, deve efectuar rigorosa observação de:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Posições anti-álgicas;❖ Transtornos do sono;❖ Alterações do tónus muscular;❖ Respostas autónomas (alterações de FC, FR, PA, SpO2, diaforese, dilatação pupilar);❖ Alterações comportamentais (postura de defesa, agitação, choro, irritabilidade);❖ Avaliar a dor de 4 em 4 horas, durante e/ou após procedimento dolorosos; | <ul style="list-style-type: none">❖ Evitar a demora entre avaliação, tratamento e reavaliação;❖ Administrar terapêutica analgésica e/ou sedativa de acordo com a prescrição;❖ Monitorizar efeitos da medicação;❖ Comunicar esse feedback ao médico e à equipa de enfermagem;❖ Proporcionar estratégias não farmacológicas adaptadas às características do doente. |
|---|---|

Silva, 2010

Os objectivos da sedação e analgesia são:

"(..) proporcionar aos doentes um nível óptimo de comodidade com segurança, reduzindo a ansiedade e a desorientação, facilitando o sono e controlando adequadamente a dor, contribuindo para uma unidade de cuidados intensivos sem dor".

Celis-Rodrigues, 2007,428

Com uma correcta sedo-analgesia, o doente apresenta:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Diminuição das complicações pulmonares (atelectasias, pneumonias, extubações acidentais);❖ Diminuição das complicações cardíacas (enfarte agudo do miocárdio, síndrome coronário agudo em doentes com antecedentes coronários); | <ul style="list-style-type: none">❖ Diminuição da agitação e delírio relacionada com:
a própria patologia, dor, depressão, alteração do ciclo circadiano, encefalopatia, febre, sépsis, falência renal e reacções adversas a fármacos. |
|--|--|

Rigg, 2002

Avaliação Da Dor No Doente Ventilado Não Comunicativo Nas UCIs

No tratamento da dor, nem sempre é necessário a administração de terapêutica analgésica, há que saber identificar o tipo ou o que lhe esta associado

Um posicionamento incorrecto ou manter o doente na mesma posição leva a desconforto que pode manifestar-se por dor

As medidas não farmacológicas são tão importantes como os analgésicos e essas são da responsabilidade dos enfermeiros

Avaliação Da Dor No Doente Ventilado Não Comunicativo Nas UCIs

Os profissionais de enfermagem, muitas vezes esquecem que mais importante, do que saber manusear o diverso equipamento e executar técnicas, é a **pessoa** que se encontra totalmente dependente de outros

"No reinado da tecnologia, a dor humana e os dilemas são facilmente reduzidos a "problemas a resolver".

Benner, 2001,75

O enfermeiro precisa de saber quando ocorre a dor para poder ajudar o doente através de :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Adequada utilização de medicamentos analgésicos e sedativos;➤ Medidas de conforto como a massagem;➤ Um correcto posicionamento; | <ul style="list-style-type: none">➤ O toque com o intuito de tranquilizar o doente;➤ Uma adequada comunicação no sentido de facilitar a orientação tempo espacial;➤ Dispositivos de avaliação de dor e agitação. |
|---|--|

CONCLUSÃO

A avaliação da dor no doente ventilado não comunicativo não se pode limitar á atribuição de um valor nos itens de uma escala, é essencial ter em conta as alterações fisiológicas e comportamentais

É necessária a sensibilização dos profissionais para a importância do registo da dor

CONCLUSÃO

A procura de uma escala ideal pode ser utopia, dado que sendo a dor uma experiência subjectiva, relacionada com factores emocionais ou mesmo culturais, não pode ser medida com rigor, tal como, se faz a medição da temperatura ou da tensão arterial

No entanto a sua avaliação é importante pois contribui para o bem-estar do doente, e para a melhoria da qualidade dos cuidados

CONCLUSÃO

A dor é um fenómeno complexo, multidimensional, com efeitos nefastos na saúde e desafiador para os profissionais de saúde

A sua avaliação e controlo são um dever dos profissionais de saúde e um direito dos que dela sofrem

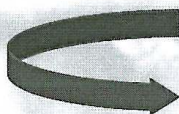
Por esta razão, são dois importantes indicadores de qualidade dos cuidados

É fundamental o enfermeiro manter uma boa comunicação com o doente em UCI.

Ambiente tecnicista



Comunicação comprometida



Não valorização da dor

A equipa multidisciplinar da UCI deve partilhar os mesmos objectivos, valorizando a dor física e dor resultante da situação de ameaça, dependência e perda de controle

O enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo junto ao doente. Compete-lhe fazer uma avaliação rigorosa da dor, de modo a intervir adequadamente na sua eliminação ou alívio

DOR

“ É uma experiencia que se inscreve na nossa história humana cedo e que de forma marcante induz o nosso comportamento, tornando essa experiência única e singular”.

Martins, 2003



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Celis-Rodriguez, e. [et al.] (2007). *Guia de prática clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia en el paciente adulto críticamente enfermo*. Medicina Intensiva. Barcelona. 31, pp.428-71.
- Direcção Geral de Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular Normativa n.º 9.
- Maciel, M. G. S. (2004). *A dor crónica no contexto dos cuidados paliativos*. Prática Hospitalar. Nº 35.
- Martins, M.M. Travanca, M. G. (2003). *A caminho do cuidar em enfermagem. Um olhar à pessoa com dor*. Dor vol.11 (4), pp23-28.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*.
- Payen, J. F., Bosson, J. L., Chanques, G., Mantz, J., Labarere, J. (2009). *Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study*. Department of Anesthesiology and Critical Care.111 (6), pp.1308-1316.
- Rigg, J.R. [et al.], (2002). *Epidural anaesthesia and analgesia and outcome of major surgery: a randomized trial*. Master Anesthesia Trial Study Group. Pp.1276-128.
- Rigotti, M.A., Ferreira, A.M. (2005). *Intervenções de enfermagem ao paciente com dor*. Arq ciên Saúde. Nº12, 50-54.
- Silva, A. R.; Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Formasau. Coimbra.
- Urden, L.D; Stacy, K. M.; Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Lusodidacta, Loures.
- Watson, J. (1999). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência. Loures.

Avaliação Da Dor No Doente Ventilado Não Comunicativo Nas UCIs

Obrigado pela vossa atenção



Anexo XI- Apreciações do Percurso de Aquisição/Desenvolvimento de Competências

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

DE ACORDO COM O PROJETO DE ESTÁGIO DA ESTUDANTE ANA PAULA PEREIRA SUBORDINADO À "AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE VENTILADO NÃO COMUNICATIVO" E RELATIVAMENTE AOS SEUS OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER ATRIBUI A NOTA QUALITATIVA DE MUITO BOM.

- INTEGRAR-SE PORFEITAMENTE NA DINÂMICA DO TRABALHO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR;
- IDENTIFICOU OS DIFERENTES MECANISMOS DE COMUNICAÇÃO EXISTENTES, SEM COMO AS SUAS LIMITAÇÕES;
- IDENTIFICOU E PARTICIPOU DE FORMA ACTIVA NA AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE VENTILADO NÃO COMUNICATIVO, MUITO EMBORA A ESCALA SE ENCONTRE EM FASE DE IMPLEMENTAÇÃO;
- REGISTOU CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE VENTILADO NÃO COMUNICATIVO E GERIU OS CUIDADOS E TÉCNICAS INDUTÓRIAS DE DOR DE MODO EFICAZ E CUMPRIMENTADO;
- IDENTIFICOU GERIU E AVALIOU AS INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS, NO CONTRÓLE E TRATAMENTO DA DOR, DE FORMA AGENTIVA;
- ADQUIRIU UMA VASTA GAMA DE EXPERIÊNCIAS EM DOENTES DO GÉNERO MÉDICO E CIRÚRGICO, PARA UM CONTRÓLE DA DOR MAIS EFICAZ, ATRAVÉS DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM, CONTRIBUINDO DESTA MODO PARA A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E AUMENTO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS E CONSEQUENTEMENTE VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL E PESSOAL.

Data:

Tutor

Carla Mendes

Assinatura

LM

Data: 31/11/2012

Orientador

Data:

Estudante

Arc. Paula Soares Pereira

Arc. Paula Soares

**Anexo XII – Certificado de Presença: Certificado 19» Jornadas da
Unidade da Dor do HGH**

10^o Convénio
da ASTOR

[19^{as} Jornadas
da Unidade de Dor
do Hosp. Garcia de Orta]

Diploma

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr.(a)

ANA PAULA SEQUEIRA PEREIRA

*participou no 10^o Convénio da Astor
19^{as} Jornadas da Unidade de Dor
do Hospital Garcia de Orta,
realizado no dia 27 de Janeiro de 2012, em Lisboa.*

Lisboa, 27 de Janeiro de 2012



centro hospitalar
do Porto

Dr. Rui Costa
Dr. Rui Costa

ASTOR
ASSOCIAÇÃO PARA O
DESENVOLVIMENTO
DA TERAPIA DA DOR



10º CONVÊNIO DA ASTOR

Universidade Católica, Lisboa
27 de Janeiro, 2012



Programa Previsto | Ficha de Inscrição | Fórum de Comunicação | Regulamento das Preenchidas | Secretariado | Localização

09.00 - 09.30 Massa de Abertura

09.30 - 10.00 MESA - Plantas medicinais e medicamentos. A cultura do segredo

Moderador: Dra. Ana Valentim (Unidade Dor - Hospital da Universidade de Coimbra)

Palestrante: Prof. Figueiredo Lima (Anestesiologista)

10.00 - 11.00 MESA - Dor, Opíoides e interdependência: planetas diferentes?

Moderador: Dra. Rosário Afonso (Unidade Dor - Hospital Beatriz Ângela)

Dr. João Gonçalves

Dr. Manuel Pedro (Imagem Geral de Dor)

11.00 - 11.40 Intervalo de Café

11.40 - 12.20 MESA - Dor e Ergonomia

Moderador: Dr. Carlos da Silva (5. Neurologia - Hospital Geral de Ortopedia)

Dr. Pedro Soares Branco (Fisioterapia - Hospital Curry Cabell)

12.00 - 13.30 MESA - Dor para além de Platão

- É preciso um banquete para persuasores, persuasores e espondilares...

Moderadora: Dra. Cristina Cutano (Unidade Dor - Hospital Geral de Ortopedia)

Comandante (Lisboa), Carlos Pavão (Lisboa), Teresa da Costa (Lisboa), Dr. José Ramalho (Unidade Dor - Centro Hospitalar de Lisboa)

13.30 - 15.00 Almoço

SIMPÓSIO CIRURGICAL

15.00 - 16.15 MESA - O Pain Relief e o tratamento da Dor Aguda no Pós-operatório

Moderador: Prof. Castro Lopes - Presidente OBSERVADOR

- Dores epidurais

Prof. Castro Lopes

Dra. Gracia Doreifman (Unidade Dor Aguda Centro Hospitalar de Lisboa)

Prof. Henrique Gonçalves (Unidade Dor - Hospital Curry Cabell)

16.15 - 16.30 Intervalo de Café

16.30 - 17.45 MESA - Analgesia Pós-operatória: "Cura ou Coroa"

Moderadora: Patrícia D'Neil (Anestesiologista - Hospital Beatriz Ângela)

Dr. Rui Carvalho (Anestesiologista - Hospital Santo António Porto)

Dr. Osvaldo Cardoso (Anestesiologista - Hospital dos Caracóis Lisboa)

Prof. Márcio Macedo (Unidade de Dor Aguda Hospital de São João do Porto)

17.45 Entrega de prémio ASTOR

17.55 Encerramento

WORKSHOPS

SALA ASTOR

08.30 Apresentação de Comunicações Orais

11.30 Apresentação de Posters

15.00 O Corpo Fala

SALA ARMADA

10.00 - 12.00 (Des)Esperança nos cuidados ao doente/família com doença crónica

Moderadora: Enfermeira Teresa Abo

– Esperança na Desesperança: Uma Reflexão
Mons. Padre Victor Feyer Pinto

– Família e Doente em fim de Vida: Cuidados com Esperança
Professora Ana Quando

– Grupo de Ajuda Mútua: Partilha em esperança para Pais e Crianças com Doença Crónica
Professora Zaida Chaves

12.00 Hidramniotese – Experiência Clínica

Dr Francisco Colado-Colado, Hospital Universitario Puerto del Mar, Cádiz.

15.30 As Perturbações do sono no tratamento da dor

Dr Neil Stanley

SALA GARCIA DE ORTA

10.00 Da diagnóstico a intervenção: utilização da linguagem classificada
Enf. Henrique Dias

15.30 Reunião APED

SALA PONTO (Assistência a este tópico é reservada por convite do ICA, Vitoria)

11.30 - 12.30 "Dor Irrupção Oncológica: como tratar?"

Dra. Mafalda RODRIGUEZ (Painmanagement da Clínica da Dor do ICA de Lisboa)